

新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

1991年11月创刊

出版日期 2011年6月(总30期)

顾问 黄进来PBM 丁珊瑚博士

编印 新加坡中医师公会

主编 林秋霞(宣传出版组主任)

副编 吴再池(宣传出版组副主任)

编委 陈蓓琪 王平 王木瑞 林英 李俊玉

刊名题字 杨松年

出版 新加坡中医师公会
The Singapore Chinese Physicians' Association
640 Lorong 4 Toa Payoh Singapore 319522
电话 (65) 6251 3304
传真 (65) 6254 0037
网址 <http://www.singaporetcm.com>
电邮 assoc@singaporetcm.com

出版准证 MICA (P) 120/05/2010

承印 先锋印刷装订私人有限公司
Tel: (65) 6745 8733
Website: www.pcl.com.sg

代理 书城音乐书局 Tel: 6338 7280
长河书局 Tel: 6339 3609
今古书画店 Tel: 6338 5380

国际刊号 ISSN : 0219-1636

定价 5.00新元

版权所有 翻印必究



新加坡中醫雜誌

二〇一一年

总三十期

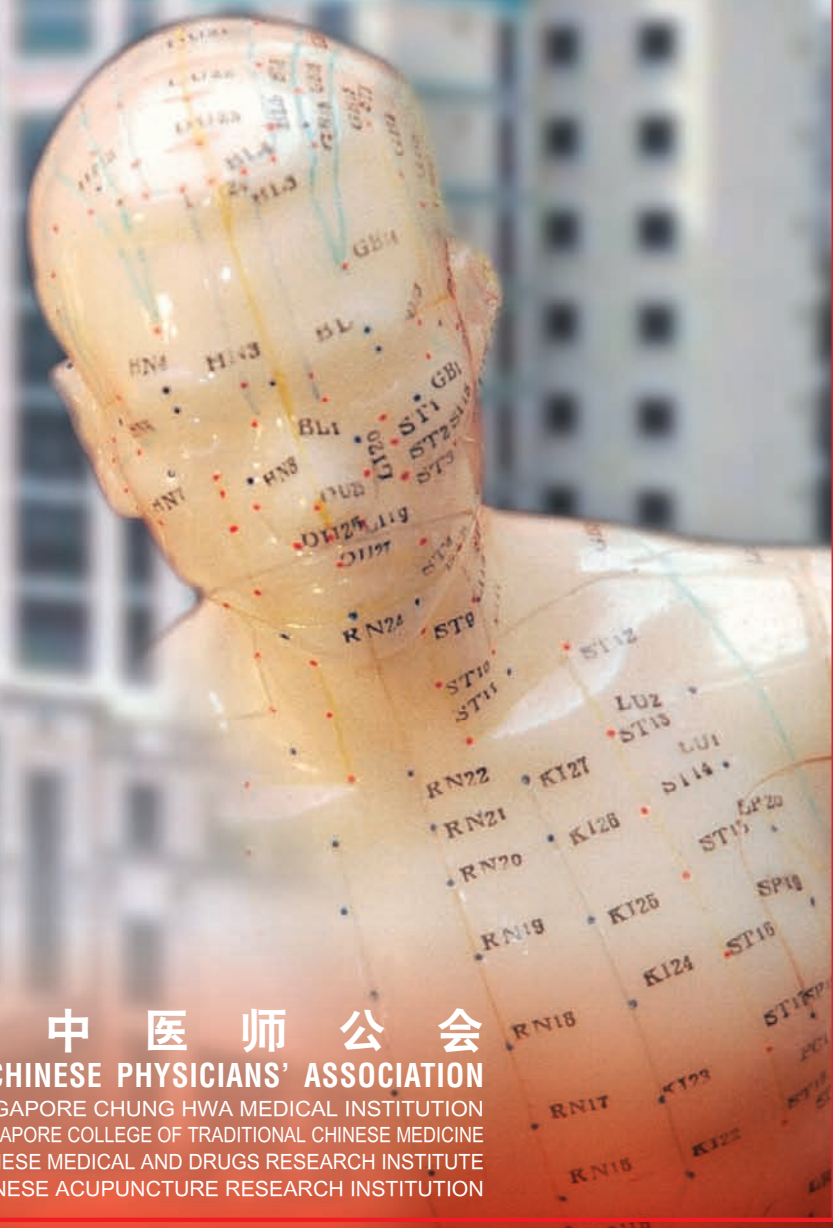
新加坡中医师公会出版

SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

新加坡中醫雜誌

2011年06月

总30期



新加坡中医师公会
THE SINGAPORE CHINESE PHYSICIANS' ASSOCIATION

新加坡中华医院 SINGAPORE CHUNG HWA MEDICAL INSTITUTION
新加坡中医学院 SINGAPORE COLLEGE OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE
中华医药研究院 CHINESE MEDICAL AND DRUGS RESEARCH INSTITUTE
中华针灸研究院 CHINESE ACUPUNCTURE RESEARCH INSTITUTE

中華醫院

仁风义举 泽及病黎 功德无量



Singapore Chung Hwa Medical Institution
(Established By Singapore Chinese Physicians' Assn.)

亲爱的朋友:

中华医院是本地最大的中医慈善医疗机构, 也是在卫生部注册的公益机构, 目前除了大巴窑总院以外, 在全岛还有四间分院: 义顺分院、兀兰分院、中医专科门诊中心(即樟宜分院, 设于樟宜综合医院内)和诺维娜分院(设于仁慈医院内)。中华医院不分种族、宗教和国籍, 以低廉的收费为社会大众提供高质量的中医医疗服务。

中华医院总院及各分院每天诊治的病人超过1,000人。我们有20位驻院医师, 300多位义务医师, 医院每年的营运开销高达六百万, 来自登记券的收入无法应付庞大的营运开支。

我们热切希望得到社会各界善心人士的慷慨捐赠, 您的无私奉献, 是中华医院病人的福祉。您的捐款可以获得双倍扣税。

Dear Friends,

Singapore Chung Hwa Medical Institution is the largest charitable Traditional Chinese Medicine (TCM) Medical Institution in Singapore and is an approved IPC, registered with the Ministry of Health.

Currently, other than the Headquarters in Toa Payoh, there are 4 other branches, namely Yishun Branch, Woodlands Branch, Changi Branch (located within Changi General Hospital) and Novena Branch (located with Ren Ci Community Hospital) situated all over the island. The Medical Institution offers its high quality medical services at low rates to the general public, regardless of race, religion and nationality, etc.

The Headquarters and the 4 branches provide consultation to more than 1,000 patients daily. With physician strength of 20 Station Physicians and more than 300 Volunteer Physicians, the operating expenses of the Institution amounts up to 6 million annually, where solely collections from the registration fees is unable to cover.

We sincerely hope that the public from all walks of life will donate generously to us as your generosity is our patients' blessings. You will also be able to enjoy double tax deduction for your donations.

兀兰分院 Woodlands Branch
Address: Blk 679, Woodlands Avenue 6,
#01-710, Singapore 730679
Tel: 63663246 Fax: 63672218
Email: woodlands@singaporetcm.com

义顺分院 Yishun Branch
Address: Blk 215, Yishun Street 21, #01-301,
Singapore 760215
Tel: 67567830 Fax: 67563973
Email: yishun@singaporetcm.com

**中医专科门诊中心(即樟宜综合医院)
Changi Branch**
(at Changi General Hospital)
Address: No 2 Simei Street 3 #L1-01,
Singapore 529889
Tel: 67873845 / 6782 2062 Fax: 67873758
Email: changi@singaporetcm.com

诺维娜分院 Novena Branch
Address: 71 Irrawaddy Road
#03-19, Singapore 329562
Tel: 62599336 Fax: 62599105
Email: novena@singaporetcm.com

大巴窑总院 Toa Payoh Headquarter
Address: 640 Lorong 4 Toa Payoh, Singapore 319522
Tel: 62513304 / 62513428 / 62563481 Fax: 62540037
Email: chunghwa@singaporetcm.com
Website: <http://www.singaporetcm.com>

传承



新加坡中医学院创办于1953年, 是第一所专门培养与提升中医师的专业院校, 以独特及有系统的教学方式, 为成年人提供进修机会, 进而造福社会。

本院继2009年开办的中医护理证书课程广受欢迎, 秉持着传承中医的精神, 2011年再次开班授课。

2011年中医护理证书课程

(可报读个别单元课程)

名额有限

两年兼读制中医护理证书课程内容包括中医基础理论, 中药方剂知识, 中医护理知识及技术, 养生保健方法、以及诊所管理等科目。课程通过理论与实践以掌握多样实用技能, 扩大就业机会如协助中医师与针灸师, 管理及经营中医药中心, 为人们提供更安全及有效的服务。

报读资格

- 能理解华文, 年龄不限

课程目的

执业: 能从事与中医药事业相关的工作如中医护理员、医师助理、配药员、诊所管理人员等, 或成为称职的保健推拿师
养生: 掌握中医药及养生食疗知识, 达到自我健康与疾病护理, 为家人及社会服务

上课时间

每周两次: 星期三 7PM 至 10.15PM
星期日 2PM 至 5.15PM

开课日期: 2011年9月4日(星期日)

报名截止日期: 2011年8月13日

两年课程学费共计\$7535.20

10%优惠

- 在开学之日年满50岁或以上者, 学费均可获得10%优惠

课程内容及收费

单元	第一年课程	单元学费
1	中医基础理论	\$502.30
2	中医诊断学	\$502.30
3	中药学	\$837.30
4	方剂学	\$837.30
5	中医养生与食疗	\$669.80
单元	第二年课程	单元学费
6	疾病中医护理	\$837.30
7	中医诊所管理	\$502.30
8	经络学	\$1423.30
9	保健推拿	\$1423.30

报名手续

请携带学历证明原件(如有)及复印本一份, 身份证、护照(非新加坡公民申请者)及其复印本一份及护照型照片2张, 报名费\$21.40(含消费税, 报名费恕不退还)

本课程为兼读制(PART TIME COURSE)不具备学生签证的申请条件

报名时间: 星期一至星期六 9AM - 9PM

地点: 640 Lorong 4 Toa Payoh, 3rd Floor
Chung Hwa Medical Institution,
Singapore 319522

电话: 6250 3088 传真: 6356 9901

电邮: admin@singaporetcm.edu.sg

欢迎出席课程说明会

日期: 2011年7月31日(星期日)

下午3时至5时

欲知更多课程详情, 欢迎上网查询
www.singaporetcm.edu.sg



contents

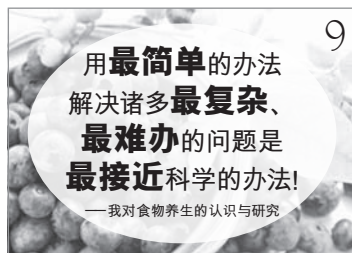
新加坡中医杂志目录

ISSUE 30 期
JUN 2011 六月份



世界针联与世界针灸医学发展的现状和趋势

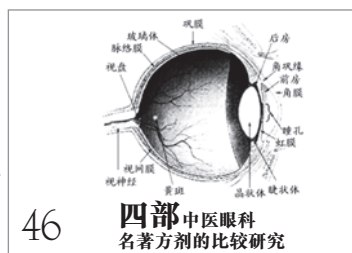
87



用最简单的办法
解决诸多最复杂、
最难办的问题是
最接近科学的办法!

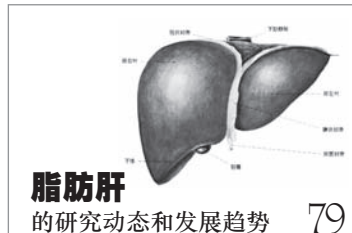
——我对食物养生的认识与研究

9



46

四部中医眼科
名著方剂的比较研究



脂肪肝

的研究动态和发展趋势

79

论坛

- 02 中国医学发展和繁荣之路
国兴堂
- 09 用最简单的办法解决诸多
最复杂、最难办的问题是
最接近科学的办法! 许红征

理论探讨

- 13 中医典籍常见解剖学术语
赵小林
- 17 扶阳学说与临床运用
翁亚庆
- 19 中医学肾说的现代化
李志刚
- 23 结合临床实践, 浅论辨证
治疗与辨病治疗 欧翠柳
- 26 心理学没有心唯中医学能
补之 于德昌
- 35 脾阴虚浅谈
卓扶蓉

病症论治

- 39 北京肿瘤名医林洪生治疗
乳腺癌的用药规律 曾玉珠

- 42 吕仁和教授中医辨
证治疗糖尿病学习
体会 陈金凤
- 46 四部中医眼科名著
方剂的比较研究
任玲
- 50 几种眼病的针刺治疗
杨光

疗法新介

- 53 耳针沿皮透穴刺法对多
种痛证及功能障碍的随
机对照临床研究 贾春生
- 55 火针技术操作的临床
应用 贺林
- 57 人类健康的新希望——
舌针疗法 孙介光
- 62 麦粒灸临床特点及适宜
病症 王玲玲

临床经验

- 67 一针见效——曲池穴医疗
膝关节疾病的临床体会
吴荣贵

内页

- 71 花生衣治疗血小板低下
的体会 林英
- 73 浅析自拟调髓石龙汤治
疗肺癌化疗骨髓抑制
胡秋荣

综述

- 76 雄激素源性脱发的中医
治疗现状 刘立
- 79 脂肪肝的研究动态和发
展趋势 陈蓓琪

学术交流

- 83 世界中联第二届中医儿
科国际学术交流会小记
廖凤燕
- 84 出席世界中联第二届第
八次理事会与第七次监
事会报告 林铜华
- 87 世界针联与世界针灸医
学发展的现状和趋势
邓良月
- 94 新加坡世界针联针灸风
采全球行 刘炜宏



中国北京·国兴堂

【摘要】郭朝印独辟蹊径，长期为中医治病的科学原理而探索，创立了“中国制造、中国发明”式的中医查体医疗方法，成功实现了中西医的完美结合。中医振兴需要样板的作用。中医查体医疗的实验中医方法既不同于现行西医、又不同于现行中医，能从根本上解决人类健康和疑难疾病问题，成为建立具有中国特色的新医学新药学的希望。

【关键词】调查报告 中西医结合 实验中医学

【前言】中医查体医疗的实验中医方法属于“中国制造、中国发明”的全新医学模式。既不同于现行西医、又不同于现行中医，能从根本上解决人类健康和疑难疾病问题，成为建立具有中国特色的新医学新药学的希望。

国家正在开展建国以来的第一次中医现状调查，这给中医发展带来了千载难逢的机遇。本文作者从自己解密古典医籍的真知灼见中审视了中西医发展的现状，提出了中国医学发展和繁荣之路。长期以来，影响中医发展的因素很多，比如说多年来存在的教学、教材方面，科研、临床方面的诸多原因。没有样板的作用，没有充足的临床实践锻炼机会是影响中医高端人才成长的重要原因。

医学科学发达关系到民生和全体民众的健康，也是国力增强的体现。第一次中医现状调查了解我国医学结构的真实情况，作为政府决策、国家投资、医改和国民经济计划制定都有重要参考价值。在中国，现在实际上有三种医生，一种是纯西医，一种是纯中医，另一种是不中不西。这种纯中医在全国范围内已经微乎其微。在中医方面不少中医院仿照西医医院过多地检查，过细地分科，出现漠视脉诊等传统治病方法的现象，对于中医的实验研究都很陌生。他们中不少人不热爱自己的专业，大部分精力投入到学习西医西药上去了，

使中医中药水平逐年下降。

郭朝印等研究发现，中医起源是从研究人体皮肤器官和编程为经络数码的人体气象医学理论开始的，以疾病过程中的反应腧穴为“解剖”对象，以反应腧穴“阴阳五行”规律为理论基础。他由此创立的中医查体医疗方法既不同于现行西医、又不同于现行中医，具有诸多优势。能从根本上解决人类健康和疑难疾病问题，成为建立具有中国特色的新医学新药学的希望。大力推广这一“原创”中医，让它走进主流医学更好地服务于社会显得十分迫切，或许这一医学模式将引领中国医学发展的方向。

一、已经形成垄断之势的 西方解剖医学

1. 对中医西医发展各自优势的见解

为了帮助更多的人对目前医学的状况有一个大概的了解，对中医西医发展各自优势我们有一个形象的比喻和解释：“西医操作的好比是电脑的硬件，中医操作的好比是电脑的软件。如果生命是由于硬件、由于生命活动的源泉枯竭，西医在手术、输血、给氧几方面有更多优势，则生命不会因源泉枯竭而丧生。如果生命是由于软件、由于生命活动的调控程序上发生了障碍，气机紊乱，阴阳失调，则中医调节内脏功能，疏通经络阴阳失调部位有诸多优势，则生命不会因调控程序上的故障而完结”。

目前全世界都是西医治病模式，大家理解中医可能已经过时将来会被西医替代，所以有病普遍地轻视了去选择中医。包括医改政策制定也只不过是照顾和考虑了中医偶然还会有治病效果。其实用药如用兵，不同的医学模式和治病策略会有不同的结果。关于中医，长期以来给人们留下“不科学”的不好印象的是已经失掉特色的“西医牌”中医。它并不代表盛行几千年的传统中医。反过来说，关于西医，大多数人们选择了西医这种“解剖医学”的“科学”，其实“解剖医学”也有不符合生命规律的解释。医学生命科学是很复杂的一门科学，以生命为研究对象，是研究人的“生与死”的科学，是“活着”的生命，简单的解剖知识不可能应对万变的疾病。

据考证，在中国“中古”时期中国医学已经有了人体医学和生命科学的萌芽，在“气象医学”思维的指导下医疗水平突飞猛进已经很高。相比之下，20世纪中期随着DNA双螺旋结构的破译，生命科学进入分子生物学时代，将细胞生物学推向分子生物学时代后开始了克隆技术的应用，动辄手术换脏器，看似医学已

经攀登了科学高峰，可是就医疗水平而言，经常会听到一个个莫名其妙地病人在顶级医院住院或手术后突然不治身亡。说明还有学习借鉴传统医学的必要。

2. 中国古代的解剖医学研究水平

西方人不了解中国的历史，几乎完全不了解中医。可以说在秦以前那个时期，单就医药文化来讲比现在的西方医学还要成熟和先进。有文字记载，远古时期当中国人的祖先发明了火、有了生产工具之后，一步步认识了疾病与健康的规律，了解了生命的一般规律。大概在轩辕黄帝时期中国医学已在总结了解剖医学的简单肤浅之后，快速进入了气象医学的快车道。跨越式地发展解决了疾病治疗、养生、长寿诸多解剖医学无法解决的难题。

对于“活的”生命来说，如果将人体比作一台电脑，硬件、软件都重要，许多盲目的手术、急切换脏器，如果从电脑程序上发生故障这一方面去解释，倒不如重新启动一下电脑，或者给它“格式化”一次，说不定这台电脑还仍然是好的，不至于被抛弃。

在现存《黄帝内经》的许多篇幅中，记载了许多有关人体解剖的知识，甚至出现许多让人难以置信的科研成果。古人已经对人体解剖有一个比较详细的了解，如胃肠的长短、直径、横径，容量大小等详细数据，其正确程度已经接近现在人们的认识。举例来说，“小肠大二寸半，径八分之二少半，长三丈二尺，受谷二斗四升，水六升三合合之大半。回肠大四寸，径一寸寸之少半，长二丈一尺，受谷一斗，水七升半，广肠大八寸，径二寸寸之大半，长二尺八寸，受谷九升三合八分合之一。肠胃之长，凡五丈八尺四寸，受水谷九斗二升一合合之大半。”因篇幅所限，不能尽述。

中国古代的解剖医学研究水平，近似于十七、八世纪欧洲文明时期医学发展的水平，与当前的西医解剖医学相比，其医学理论深处包

含着气象医学的特色，仍然有它的许多先进性和西医不可替代的作用。这是中国医学后来由“解剖医学”为主逐步发展为以“脏象医学”为主的工作基础。

3. 目前医学前沿仍期待解决的问题

医学的内容很多以疾病的治疗为目的。在疾病的治疗方面，目前对许多常见的疾病，如心脑血管病，多发性关节炎，乃至普通的感冒，仍然没有一种理想的治疗方法。就脑血管病来说，它是一种最常见和严重威胁人类生命和健康的疾病，至今没有理想的治疗方法。英国一位脑血管病专家马歇尔说过，“就目前掌握的知识来说，处理急性脑血管意外是相当困难的。尽管对脑血流调节比过去了解的多了，但在脑血管意外发生以后的混乱类型和旨在改进脑血流措施的效果，在目前还无法预料，以致不允许制定一个治疗方案”。他还说，“表面上看来似乎有理由的假想，而在深思熟虑以后，常常被认为确实是没有远见的”。

手术治疗解决了许多一向被视为不治的疑难问题，脏器可以替换，组织可以移植，但在术后合并症、术后感染和术后判断几方面许多情况下仍然令人费解。术前一切生命指征正常，但术后严重感染。在占位性病变的手术治疗中认为死者生、生者死，后果往往难以预料。

在生命科学研究方面，中医认为人是一个小天地，一切生命活动均与自然界的变化息息相关。但医学前沿的研究至今未能深入到与体内外环境息息相关的“气穴”研究中去。

回首医学前沿的工作，超微结构研究推动着目前医学的发展。从发展趋势看，宏观的认识和宏观的调节是第一位的，微观研究应当建立在宏观指导之下。超微结构这个水平层次的活动总是要折射到生命整体活动这个层次。虽然当今医学与生命科学已进入一个崭新的时期，特别是检测技术的不断更新和发展，医学科学在许多领域跨入了现代技术的

行列，医学的面貌发生了巨大的改变。但回首过去，站在医学前沿去思考，也有许多期待解决的问题。

二、已经脱离了实验轨道的中国脏象医学

1. 理论概念抽象和僵化的中医

据考证，古典的中医辨治原则，对每一疾病总是先要考虑在整体平衡调节中“腧穴反应点”的位置在哪一条经络、哪些穴位上。病变的反应点反应到阳经即为表证、反应到阴经即为里证。反应点局部所测试出的是寒的体征即为寒证，是热的体征即为热证，是虚濡的体征即为虚证，是盛实的体征即为实证。然后产生总体的概念，表热实为阳证，里虚寒为阴证。这就是所谓的“八纲辨证”。脏腑辨证是通过以表测里的方法，依据体表经络穴位反应点所反应的各种经络体征，结合经络证候学（经络是动、所生病）、症状鉴别诊断学（病机十九条等），通过望闻问切四诊合参，对病变的病位和病性所作出的脏腑归纳和判断。所谓脏象医学，即通过体表经络反应点体征的分析判断，在联系解剖概念的脏腑及其功能的前提下从事医学生命科学研究的一门科学。

古典中医在对生命科学研究上提出了“生之本，本于阴阳”和“阴平阳秘，精神乃治”的见解。在病因学上提出了“气血逆乱，阴阳失调”导致一切病变发生的论点。在疾病的治疗上提出了超前的“必伏其所主，而先其所因”的论治思想。

《易经》的成就是借鉴了古典医学而发展起来的。“易学”是春秋战国前期形成的一种重要的哲学思想。其最早的文字记载只有“河图”一幅。据有关文字考证，古代的太极八卦图实质上是一幅早期人体平面设计图。有资料表明，古代“阴阳八卦”理论的产生，是在人体上发现的反应规律总结出来的。如《周易系辞传》古人

“近取诸身，远取诸物，于是始作八卦，以通神明之德，以类万物之情”。《周易序》“六十四卦，三百八十四爻，皆所以顺性命之理，尽变化之道也”。“六十四卦为其体，三百八十四爻互为其用，远在六合之外，近在一身之中”。又据《素问·气交变大论》“善言天者，必验于人，善言古者，必验于今”。

现在我们所看到的中医是在古代的“脉诊查体医疗”基础上逐步演变形成的，它的本质是一种理论概念比较抽象的一种医学和临床模式。其工作重点以传承“方剂”加减的治病经验和规律为主。区别于古典中医的“中医查体医疗”和“实验医学”模式。所以从学科本身来说已经脱离了实验医学的模式。

据考证，这种中医的形成大概起始于两千多年前的秦汉之际，以张仲景《伤寒杂病论》传世为其时间划分界限。隋唐到宋元明清在传承中医过程中虽然经过不断改进，有不同观念的各家学说和著述出现，不可一概而论，但明确提出“中医查体医疗”，提出诊断学基础以反应腧穴为“解剖”对象，以反应腧穴“阴阳五行”规律为理论基础的基本没有。以药物治疗为代表，“循脉入证、查体医疗、分经用药”的辨证论治原则在后世临床上很少形成主流。

2. “独取寸口”忽弃“其本”的严重后果

“脉诊”包括所有的经络穴位检查，以寸口脉的记录为代表。“寸口”脉诊只是脉诊其中的一小部分的内容。是形成和传承中医理论基础的轴心。只注意传承前人的治病经验，忽视寸口脉诊和全面系统的中医查体是导致中医倒退的主要原因。秦汉以后的后世医家片面理解了古人“独取寸口”一词的含义，忽弃了“诊脉”必须“三部九候”和“色脉互参”的教诲。在不重视科学技术研究的封建社会，脱衣解带似乎不够文明。还有某些权贵人士自以为是，一些资格较老的医生为了炫耀自己的医技高超种种原因，脉诊由“全科”、由系统检

查全身经络穴位逐渐演变成只查“寸口脉象”的简单做法。有多种综合因素导致了中医的衰败和蜕化。

比如针灸疗法，是中医各科临床中都必须随时准备配合的一种外治手段，不能单独为科。后世针灸医生变成“针工”或“匠”后，临床上真正像华佗、秦越人扁鹊那样详细检查病人各个经络穴位，仔细摸脉，已经基本没有了。经络阴阳反应体征的概念离中医临床越来越远。偶然出一个大腕，像唐孙思邈、甄权以及宋元明清时期的大部分名医，技术好一点都有一定经络穴位诊断功底。相反的，后世有一大批名医，文字功底好一点，便有一些著述流传于世。也并没有政府或某一个人要求他们写书一定要写出像现代西方医学重视实验研究那样的教材。留给后世的弊端，便以他们为榜样，看病基本不深究原理，不学《内经》，大家照着抄前人的方子看病就会成为名医。

目前中医的整体水平下降，要跟历史上一一些发达时期相比相差就更远。临床上不用西药真正按照中医四诊八纲辨证施治的寥寥无几。算一算，大学毕业以后，就一直就不离开临床的，一百个中占不到三分之一。学了中医以后，并不感兴趣，毕业以后搞行政的和改行的不少，行医的不多。至于搞中医的，一辈子下来能背几百个方子看好一些病人，群众就会高呼“神医”。如果能比较熟练地抄出对症的张仲景书上的方子就是最好的医生。

3. 教材和教师队伍严重制约着中医发展

考古发现，中华文化到殷商时期就基本接近完善了。记载医药文化的经典《黄帝内经》大概出自这一时期。当时的中医不叫中医，统称医学。只是有了西方医学的入侵便有了中医的称呼。单就中医生存与发展来说，西医进入中国对中医起了不好的影响，导致了中医的进一步衰败。沿用至今的中医教材就是在中医水平最差的这一时期和背景之下产生的。

当时组织了国内一大批最有名的中医成立了

教材编写小组。一版二版直到七版，越编越乱。编写教材的人自己先没有了主见。可能其中始终没有人真正读懂过《黄帝内经》。导致中医诊断学基础的编写没有围绕“阴阳五行”这个基础编写。甚至中间有人还提出取消“五行”这些概念。只保留“阴阳”这个概念。认为古人总结的这些“阴阳五行”规律含有迷信色彩。所以现在我们能看到的中医高等教材基本上只是把历代传承下来的师傅教徒弟的浅显易懂的临床经验写了进去。

有两个岔道让第一版中医教材的编写走错了道。本来《黄帝内经》、《难经》就是当年编写的中医教材，可是当时参加编写的工作人员中却没有几个人能搞明白这些。所以就有人在新文化运动的精神鼓动之下，完全抛开古典医著本意，按照某些所谓专家的意图和个别人对中医理解和认识的程度编写了一版中医教材。随后，二版、三版，一个接一个改动。跟盖房子打墙一样，墙的基础没搞好，偏了歪了，以后要再搞正就很难。教材和教师队伍严重制约着中医的发展。

4. 中医已被岁月流逝演变成一种文化

现在的中医已被两千多年的岁月描画成一种文化，是一种特殊医疗技术和遍及全球的大众化的文化。中医教材上写的，老师教的，脱离了临床，脱离了疾病本身。临床上若遇到较难一点的病照着老师教的方法去应对，往往没有效果。有许多人因此不相信中医。连学生自己也看不起中医。凡是上了中医大学的人思想被禁锢了，上临床无法排除西医思想的干扰。

翻开历史，从《黄帝内经》一书中的大量文字记载看，中医起源一开始也是解剖医学，对人体的构造了如指掌。但由于逐渐发现直接研究人体内脏的解剖知识不能解决疾病的本质问题，于是乎大胆地超乎想象的开始从“天体日月星辰、昼夜气候变化”等体表“气象”方面，从“皮肤器官”与大地磁场感应方面，开

始了新一轮的医学观察和研究。一个开创“气象医学”新纪元的中国“脏象医学”模式在华夏文明走向成熟的年代也一并走向成熟。“命运、属相、星象”学说从医学生命科学研究中脱离出来，变成了闻名中外的华夏文化。

现在的中医是西医思想影响下的中医，沦为一种文化，不像西医也不像古典中医。辩证施治纲要基本脱离了古人所说的在“阴阳五行”规律指导下的经络反应体征检查等基础理论。特别是里面没有讲明白“阴阳五行”的本质，没有讲明白中医治病的科学道理。所以后来就有人借此反对中医说中医不科学。

三、已经实现中西医完美结合和实验中医学的典型

1. 中西医结合找到一个理想的结合点

人得疾病千奇百怪，仅凭目前掌握的那些解剖知识和中医方剂加减变化很难应对复杂多变的疾病。解放后老一辈领导人都把人类健康的希望寄托在中医跟西医的优势相互补充的中西医结合上。可是一百多年来虽然经过几代人不断的努力，人们对中西医结合仍然没有找到一个理想的结合点。郭朝印在其著作《扁鹊医道》一书中用“医学的第二程序”的观点圆满解决了这个难题。郭朝印认为，中医西医同属医学的范畴，是同一机体不同角度医学观察的两种形式。“基因、细胞、组织、器官”的微观研究，是第一实验医学方面的研究。“原点、腧穴、经络、反应点体征”的微观研究，是第二实验医学方面的研究。体表经络“反应点”就是中西医结合的基本点。在临床诊疗中，以解剖医学理论为主的辨病治疗，是医学的第一程序；以脏象医学理论为主的辨证治疗，是医学的第二程序。

郭朝印在几十年从事古典医籍学习与实践中，破解了神秘几千年的“扁鹊医术”。通过全经络脉诊查穴，寻找体表反应经络穴位体征

开方治病，能做到“几种病痛一起治”。他用自己的反复实践到认识破译了神秘的像天书一样的《黄帝内经》。他的诊断治疗过程才真正体现了中医整体治疗、辨证施治的特点。他是提出新理论和第一个修复古典脉诊方法实现中西医完美结合的人。

郭朝印长期从事古代医家扁鹊医术的发掘整理工作，创立了“太乙特诊医疗”方法。撰写医学论文一百多篇，主要论著：《扁鹊医道》、《高位降糖法治疗糖尿病》、《郭朝印教您学内经》、《难经学习与医疗改革》、《中国医学导引——点穴龟蛇练》等。开展中医查体，脉象与腧穴联合辨经诊法，腧穴微型手术刺法等临床研究，在脉诊、分经用药方面有较高造诣。擅长糖尿病，冠心病，高血压，各种心脑血管疾病的治疗。创立“高位降糖法”治疗糖尿病，对糖尿病并发症的治愈率达到50%以上。

2. 人体有两路调控系统和两种实验医学方法

根据郭朝印多年临床和业内考察证实，古代医学家发现了人体“生命活动原点”，发现了隐藏于皮表之内的又一“腧穴”反应调控系统。因此人体医学便有了既属于“内脏”方面的解剖医学，也有属于“外象”方面的脏象医学。有了表、里两路调控系统和两种实验医学方法。

他的诊断方法，在明确西医诊断的基础上，重新开始医学第二程序的检查。先摸脉，再查找反应穴位，通过每一个病人的反应经络体征进入中医的辨证论治。特别是绘制脉图，做治疗前后对照观察，依据病人的反应经络穴位体征辨证分经用药。

他解释古人“天人合一”的思想内涵，是说天体跟人体同样都是一个客体，人体与天体的电磁场通过体表穴位常常发生着感应。用现代语言描述，就是说寸口脉诊的原理，腧穴隐藏人体命脉原气，人体免疫功能的产生，即

细胞免疫功能的产生，都是基于这一原理。他解释人体暴病就如同地震，大多数疾病都由能量释放造成。主动的定期释放有害的部分能量会带来永久性健康。中药四气五味即是能量，中药治病开始全然是为了配合和替代穴位治疗。

他认为自古脉诊跟穴位检查是一起的，合起来就叫中医查体。在古代的中医诊断学基础中，将阴阳五行理论联系到具体的经络穴位反应点上，在脉诊的提示下，平脉辨经，依据检查发现的体表反应经络穴位体征进行诊断和辨证施治。

郭朝印通过对我国中医药学发展历史和现状的长期研究，提出了以下三点建议：

一. 对中医药发展战略提出的建议

健康大于天，没有了健康一切无从谈起。郭朝印研究发现，中医最早是从研究人体皮肤器官和编程为经络数码的人体气象医学理论开始的，以疾病过程中的反应腧穴为“解剖”对象，以反应腧穴阴阳五行规律为理论基础。他的这一认识表明，中医、西医同属医学的范畴，是不同角度医学观察的两种形式。医学的概念就应该既包括侧重于解剖医学研究方面的西医，也包括侧重于脏象医学研究方面的中医。“基因、细胞、组织、器官”等微观研究，大概属于医学第一实验研究。“原点、腧穴、经络反应点体征”等微观研究，大概属于医学第二实验研究。在临床诊疗中，以解剖医学理论为主的辨病治疗，大多属于医学第一程序的工作；以脏象医学理论为主的辨证治疗，大多属于医学第二程序的工作。在大多数情况下医学第一程序基本上只能解决疾病诊断方面的一些问题。比如感冒、高血压、冠心病、糖尿病、恶性肿瘤等，真正要达到根治效果的还是要靠脏象医学第二程序医学的内外治结合方法。在民族复兴和建设现代化中国的重要战略机遇期，中国医学发展应当有两种并举的医学模式，就是要把中国解剖医学与中国脏象医学

放在同等重要的位置发展。

二、中医学是深入研究皮肤器官功能最伟大的自然科学

任何事物都要去研究它的科学性、先进性。郭朝印的研究认为，中医治病的深层原理是利用人体自带的调控系统治病。他认为，中医学是深入研究皮肤器官功能最伟大的自然科学，其所阐述的观点并不完全在解说简单地医疗手段，而是全面解释人类如何尽早开发皮肤器官“三焦”这些“臣使之官”的功能。也就是经络调控系统代替内脏等神经体液调节系统功能的超前认识。从上古到当今，能预测疾病死生，能真正完整解释疾病、揭示疾病规律的不是西医而是中国中医。

中华民族文化源远流长，追溯到五千年前，仍能看到古代先祖在对待生与死的研究上创造的让千古不解的经络“阴阳五行”之谜的踪迹。比如十二生肖图进入每一个家庭，其最早的构思就是借鉴了当时的人体用药“归经图”，归经用药借鉴于“五俞穴”等“本输”理论，《神农本草经》的“本草”借鉴于“五俞穴”的“本输”。“周易八卦”推算借鉴于经络理论中“五俞穴”和“寸口脉”立体层面的“九宫八卦”特征。

中国历史上的许多文明进步和许多珍贵的文化遗产很早都是借鉴了当时的医学和生命科学的成就。医学与整个生物世界生命科学的不断进步促进了人类文明的进步。挖掘最经典的特别是中国古代少有的几部医学经典对促进人类现代文明、促进中医现代化和中西医结合至关重要。

三、加快加大生命再生技术推广和科研扶持力度

医学必定要在疾病治疗和预防方面展现她的魅力。中医就是因为长期以来面对挑战在遇到西医确实还没有确切疗效的病例治疗中让国际国内不少人信服了中医。疾病和死亡对每一

个人和家庭都会造成莫大的伤害，可是当我们带着疾病费尽周折却不能找到最好的医学方法，甚至不能找到最好的医学技术。中医之学起源于腧穴的研究，除了治病方法简捷高效外，具有数码医学的特征。容易学、容易用，只要把握住了反应穴位这个“根本”，不管多疑难的疾病，都会迎刃而解。

中医讲辨证，需要首先明确病变脏腑部位，要明确病变脏腑部位，必须首先明确当时所反应的经络。要了解所反应的经络，必须首先明确所反应的腧穴。而要明确所反应的腧穴，必须先从寸口脉象上去平衡观察。

“原点”是集中反应于“腧穴”反应点上的疾病信息集合部位，是人体生物电磁场具有高能物理性能的集合电位点，是唯一存在于体表的可测量的属于中医“脏象”系统的物质形态结构。人类要从根本上解决疾病的困扰，最有潜力的可能就是中国人的祖先在思维最发达的年代创造的气象医学模式。然而只有通过对于古典医籍的学习，才会更加深入地了解中医之学，了解医学的最高追求，了解人体的潜质和魅力。才会为人类的生存和健康，为中国乃至全世界的医学进步提供更多的医学资源和思路！

中医振兴需要样板的作用。中医查体医疗的实验中医方法既不同于现行西医、又不同于现行中医，属于“中国制造、中国发明”的全新医学模式。能从根本上解决人类健康和疑难疾病问题，成为建立具有中国特色的新医学新药学的希望。“千年铸就一剑”，郭朝印长期为中医治病的科学原理而探索，医技和理论水平达到很高水平，是新时期中医创新的一面旗帜和典型。他所开创的这一实验中医医疗模式也许就是中国医学发展和繁荣之路！

用最简单的办法 解决诸多最复杂、 最难办的问题是 最接近科学的办法！

——我对食物养生的认识与研究

中国石家庄·许红征

【前言】 一个发现也许就是一个奇迹；一项发明可以会给世界带来一种改变。

【摘要】 早在两千五百多年前，医学之宗、养生学巨著《黄帝内经》就提出“圣人不治已病治未病”，表明中国古代医学的最高境界不是能够治愈已发生的疾病，而是能够预防疾病的发生。

《黄帝内经》中说，“五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充，气味合而服之，以补精益气。”提出：“阴之所生，本在五味，阴之五官，伤在五味。”“谨和五味，谨道五味，谨道如法，长有天命”。告诉我们用饮食养生方法强健体魄，预防和避免疾病发生。

本人崇尚朱丹溪倡导的滋阴学说，认为滋阴补阴，阴中求阳，可达生化无穷。故以“扶正祛邪，固本培元”为根本大法，根据食物的性、味、归经、功效、升降浮沉及对五脏的影响筛选组方，研制出美味食物养生饮品——神汤。

神汤不但可使亚健康者在短期内恢复健康，预防和避免疾病发生，还可使许多已患疾病，如：腰椎间盘突出、关节疼痛、轻度股骨头坏死、肾积水、冠心病、糖尿病等多种慢性病以及肺纤维化、地中海贫血等世界公认的不治之症，症状减轻或消失。不仅能够预防疾病的发生，而且可使已经发生的疾病不治自愈，包括一些世界不治之症。

随 随着我国经济的发展和生活水平的提高，
长寿不再是梦想。然而，许多人长寿
了活得并不健康。许多人为了健康付出了太
多太大的代价，有的倾家荡产都不足以挽救
亲人的生命。

一. 失去健康的代价

1. 为了健康我们付出了多少代价

据统计，我国因心脑血管病死亡者约占总

死亡总数的40%，每年因心脑血管疾病死亡的人数约有300万，平均每小时死亡约300人，每分钟就有一人死于心脑血管疾病。人类第二杀手糖尿病的危害仅次于癌症。我国糖尿病人的总数超过5000万人，其中合并高血压者多达1200万，脑卒中者500万，冠心病者600万，双目失明者45万，尿毒症患者50万，每年消耗社会资源约数百亿元人民币。当然，还有诸多慢性病、难治病和多种世界不治之症……



2. 为了健康我们还将付出怎样的代价

在我国，约有700万—800万痴呆患者，1.6亿高血压患者，1.6亿血脂异常者，超重2亿人，肥胖6000万人，烟民3.5亿人和大量饮酒者，成为各种疾患巨大“后备军”。脑出血、脑梗塞、脑中风、高血压、冠状动脉硬化性心脏病、糖尿病以及各种肿瘤正在向年轻化发展。统计显示，近20年来上述疾患增加了26.3%；高血压患者人数近1.6亿人，每年新增300万人以上；肺纤维化每年新增300万人，等等。

在我国，亚健康人口比例已经达到70%，7.6亿中老年人中处于亚健康状态的人数已经超过了5亿个。各种老年疾病患者的数量也将持续增加。面对严峻的健康形势和高昂的治疗费用，我们不禁要问：在我国，药品、医疗设备生产企业数以万计，保健品企业已达6000多家，药品、保健品品种和数量多得惊人；现代化的医疗设备、现代化的检测的手

段却无法使人们减少疾病的发生，无法治疗许多被称为“疑难杂症”、“不治之症”的病，这是为什么呢？！

二. 古今专家对食物养生的认识

救治于后，不若摄养在先！早在两千五百多年前，医学之宗、养生学巨著《黄帝内经》就提出“圣人不治已病治未病”，表明中国古代医学的最高境界不是能够治愈已发生的疾病，而是能够预防疾病的发生。《黄帝内经》中说，“五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充，气味合而服之，以补精益气。”认为“饮食五味能影响五脏而致病。”提出：“阴之所生，本在五味，阴之五官，伤在五味。”“谨和五味，谨道五味，谨道如法，长有天命”和“虚者补之”“损者益之”论述。

三. 我对食物养生的研究

我认为，整体辨证和辨证施治是中医的灵魂所在，也是中医的魅力所在。本人崇尚朱丹溪倡导的滋阴学说。认为滋阴补阴，阴中求阳，可达生化无穷。本人遵从《黄帝内经》的养生理论，以“扶正祛邪，固本培元”为根本大法，以调理脾胃、滋补肝肾、补益气血为治疗原则，根据食物的性、味、归经、功效、升



降浮沉及对五脏的影响筛选组方，研制出美味食物养生饮品——神汤。

神汤不仅可以使亚健康患者在短期内恢复健康，预防和避免疾病发生，还可使诸多疾病，如：冠心病、高血压、糖尿病、腰椎间盘突出、关节疼痛、轻度股骨头坏死、肾炎、肾积水等多种慢性病以及肺纤维化、地中海贫血等世界公认的不治之症不治自愈(症状减轻或消失)，做到了“治未病”又“治已病”。

四. 饮用我家美味神汤的典型病例

1. 医学博士的母亲请专家诊治1年生命垂危，我的神汤使她康复。

2007年11月26日，我参加“第三届著名中医药学家学术传承高层论坛暨首届中医药传承高徒奖颁奖大会”时遇到了中国中医科学院北京某医院吴博士(她和爱人均为医学博士)。她说，肺纤维化被称为“第二癌症”，是不治之症。希望我能帮助她婆婆。

据吴博士的婆婆刘女士讲，2006年11月，经医院确诊为肺纤维化，一直服用该院专家开的中药。服中药一年病情不但没有好转，反而日趋严重，直到瘦到皮包骨，每天吸氧。到2007年冬天，连洗脸、刷牙都很困难。

2007年12月初，我给她送去4大瓶神汤。20多天后，刘女士非常高兴，打电话再三表示感谢，说她还愿意喝。2008年2月下旬，我又给她送去四瓶神汤，此时的刘女士气色很好，面色光亮红润，偶尔咳嗽，讲起话来滔滔不绝。她再三对我说：“我早点儿认识你就好了，早点儿认识你我就不用受这么多罪了！”(目前治疗肺纤维化最好的办法是花30-40万元做肺移植，术后每月需花费2000多元来维持；另有肺纤维化患者在某医院已花费80万多元都没治好。)

2. 地中海贫血被称为世界不治之症

2004年5月，四川南充明德乡二村四组5

岁半女孩儿肖佳经四川某医院检查确诊为“重型地中海贫血症”。由于病情不断加重和“骨穿”导致孩子右半身留下残疾等原因，每次输完血大人手扶着，肖佳才能走几步。该院老专家建议他们放弃治疗：“扔了她算了！趁着年轻再生一个。”肖佳父母坚持为她输血。

2006年8月，江西卫视《传奇故事》播出了肖佳的故事，9月我给她寄去神汤。谢代碧说：肖佳喝了7天就可以满屋子跑了，就是不能上梯子。肖佳能走能跑了，医生也很高兴。医生说，肖佳不是重型，属中型，孩子缺铁，保守治疗——输血可以治愈(事实上孩子输血已有3年多)。我想说明的是，这是一个阶段性好转，没有进一步证实，也没有别的病例，可以看作治愈这种不治之症的一线希望。

3. 股骨头坏死被称为不死的癌症

2006年10月，洛阳伊川县烟涧村80多岁的村民周文林因患股骨头坏死多方医治无效，卧病在床。老人从2006年10月开始喝我家祖传神汤，四个多月后可以拄拐杖行走。2007年春周老特请人为我铸鼎一尊，上面铸有：“神汤神效”，以示感谢。

4. 喝神汤48天可以走30米的路了

洛阳市伊川县白元乡常峪堡村第8组村民李胜杰患腰椎间盘突出，20年前做过手术。20年中他四处求医，一直未能治愈，2009年开始



严重到腰部以下麻木，大小便都很困难。李胜杰2009年7月初开始喝神汤，喝完第2个疗程(48天)之后，(9月13日)打电话说，他的整体健康状况有了很大改变，面色红润了，大小便正常了，可以走30米远的路了。

5. 肾积水、肾结石(小颗粒)月内康复

尹先生患有肾积水、肾结石(小颗粒)等病，2007年1月23日开始喝我家饮品。2月13日尹先生打来电话致谢。他请民间工艺美术大师崔金海先生，选用著名的狼牙山脚下易水南山韩湘子古洞的玉带石，设计制作龙腾玺砚，玺面刻有“神汤”二字，以示感谢。

6. 间质性肺炎患者从“不能做任何活动”到“上街买菜”用了70天

辽宁抚顺市的胡凤金患心脏心室早搏和高血压10年之久。2007年12月，沈阳医大医院确诊患上了间质性肺炎，医生认为由于胡凤金服用胺碘酮导致了间质性肺炎。此后1年多的时间里，胡女士先后在沈阳医大和北京某医院进行治疗，病情不但没有得到控制，反而更加严重，后来发展到不能做任何活动。

胡女士从2009年4月下旬开始喝我的美味神汤，三个疗程之后(共70天左右)，胡女士偶有咳嗽，可以上街买菜了。胡女士说，她的心脏心室早搏和高血压也有了好转。喝神汤之前，10年没停过降压药，现在不吃降压药了。

7. 一个通过中央电视台向社会求助的不治之症患者

北京师范大学中文系04级学生万代远的母亲韩慧玉，2003年底患间质性肺炎、肺纤维化等疾病，经多家大医院医治无效，吃了许多中药也没有效果。为给母亲治病小万放弃了在南开大学的学业(后考上了北京师范大学)。2005年5月初，中央电视台10频道讲述了他们的故事，向社会求助。通过与万代远联系，我送

他母亲四瓶神汤。

一个月后小万打电话说他妈好了，表示感谢。一周后，小万打来电话说想再要几瓶，我又给他母亲捎去三瓶。2005年6月10号小万寄来感谢信。

五. 此项发明的几大优点:

- (1) 没有毒副作用。
- (2) 康复快: 各种中老年慢性病往往需要几年或终生治疗，饮用本品20天至30天就可重新拥有基础健康。
- (3) 适用人群广: 除婴儿之外，男女老少均可饮用。
- (4) 省钱: 以“肺纤维化”为例。
在我国每年发病患者达300万人，目前肺移植被视为最有效的康复手段，但手术费用昂贵、供体短缺，许多病人只能在等待中死亡。而我的食物养生方法可以使“肺纤维化”3-4个月得以康复。
- (5) 具有创新性:

用食物养生的方法解决诸多世界医学领域里难以解决和至今无法解决的问题，其中包括了一些不治之症，这在中国乃至世界范围内均具有独特性和创新性。

六. 食物养生的社会价值

假如我国占总人口70%的亚健康者中有一半人通过食物养生重新获得健康，避免了多种疾病的发生；假如各种疾病患者中一半人通过食物养生症状减轻或消失，从而避免了各种昂贵的治疗费和手术费；假如我国1.45亿老年人中有一半通过食物养生得以健康地生活，这对于我国，对于全人类无疑是一个巨大贡献！

中医典籍常见解剖学术语

新加坡·赵小林

中医医学书籍中有丰富的关于人体解剖学方面的术语，为了和现代医学相区别，姑且称之为“中医解剖术语”。

随着时境的变迁，中医解剖术语逐渐变得生疏起来，似乎难以理解和记忆。为了更好的学习和研究中医学典籍，尤其为针灸推拿专业人士的临床取穴实践，有必要对常见的中医解剖术语进行整理和研究。

本文分别对头面部、躯干部、上肢部和四肢部常用的解剖术语进行图示，并结合现代人体解剖部位诠释，易于理解和辨认。

一、头面部分

(一) 头面部皮肤标志

1. 兑发、锐发：均指耳前发脚
2. 曲隅、曲角、曲周：俗称鬓角，均指耳前发际的下垂部分
3. 额角：指前发际向两侧弯曲所形成的角度
4. 额、颌、颞：均指额部。颌(音航)，颞(音噪)
5. 眉本、眉头：均指眉的内侧端
6. 颌：(音俄)，又称下极，指鼻根
7. 目胞、目窠、目裹：均指眼睑。窠(音科)
8. 颞：(音球)，指颞部
9. 蕃蔽：(音翻必)，指耳屏
10. 颊：指耳前的部位
11. 颐：(音坎)，指腮部，即口旁和颊部之间的区域

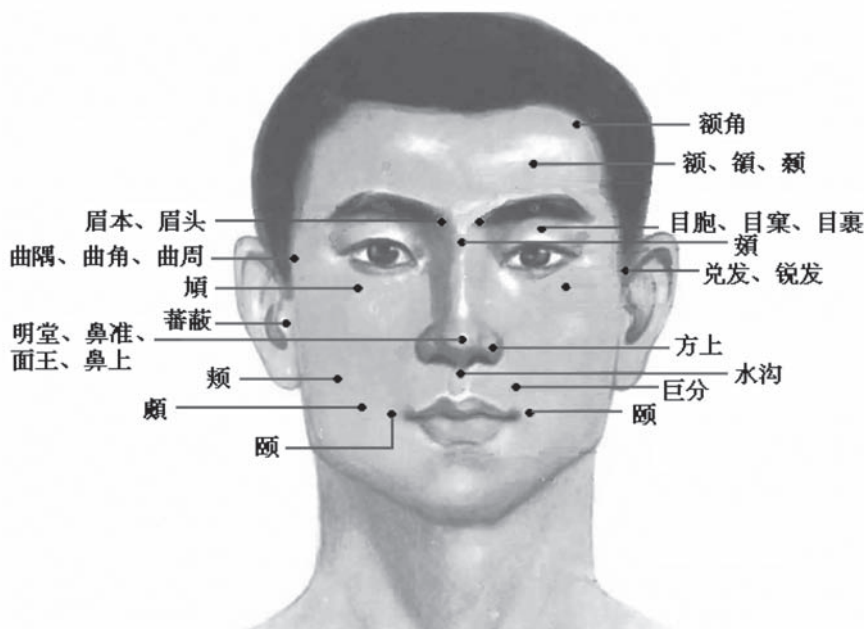


图1. 头面部皮肤标志

12. 颐：(音亦)，指口角与腮之间的部位
13. 明堂、鼻准、面王、鼻上：均指鼻尖
14. 方上：指鼻翼
15. 巨分：指鼻唇沟
16. 水沟：指人中

(二) 头面部骨性标志

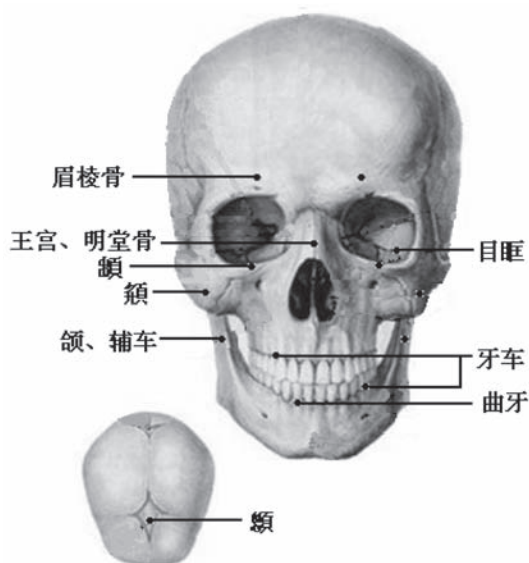


图2. 头面部骨性标志(前面观、上面观)

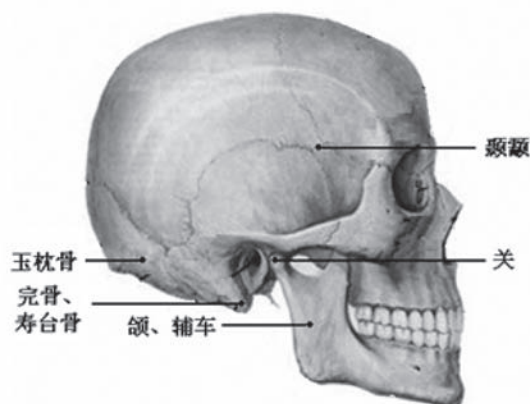


图3. 头面部骨性标志(侧面观)

1. 颞：(音茁)，指眶下缘
2. 眉棱骨：指眉弓
3. 眼眶：指眼眶
4. 王宫、明堂骨：俗称鼻柱，均指鼻尖上方的鼻骨
5. 颞：(音块或奎)，指颞骨
6. 牙车：指牙床，即牙槽的总称
7. 曲牙：指下牙床，即下颌骨牙槽的总称
8. 颌、辅车：指下颌骨支
9. 关：指下颌头
10. 颞颥：(音啜嘴)，指翼点
11. 完骨、寿台骨：均指颞骨乳突
12. 玉枕骨：指枕骨上项线
13. 颞：(音信)，即囟，指婴儿时颅骨之间未闭合处

二、躯干部分

(一) 躯干部皮肤标志

1. 膺：主要指胸前两侧肌肉隆起处
2. 胁：指腋下至肋骨尽处的侧胸壁
3. 肱(音区)：指胁与肋的总称
4. 虚里：指左乳下的心尖搏动处，即左锁骨中线与第5肋间隙相交点的外侧1cm处
5. 上腹、脘腹：均指脐以上的腹部
6. 小腹、少腹：均指脐以下的腹部
7. 上纪：指上腹部中央
8. 下纪：指下腹部中央
9. 眈(音秒)：指季肋下无肋骨之空软处，即腹九分法的腹外侧区(又称腰区)
10. 丹田：主要指下丹田，即脐下三寸左右的部位
11. 鼠蹊：指腹股沟部
12. 气街：主要指腹股沟之股动脉搏动处，即腹股沟韧带中点处
13. 肩膊、骹：均指两肩及肩之偏后部位。骹(音拔)
14. 脊、脊筋：均指背部脊柱两侧纵行隆起的肌，即竖脊肌。脊(音旅)

理论探讨

15. 肿(音申): 指脊柱两侧或髂嵴以下高起丰满的肌群

16. 尻、尾骶: 均指骶骨和尾骨所在部位。
尻(音考)

10. 膊骨、肩胛、横髂骨: 均指肩胛骨。髂(音鱼)

11. 曲甲: 指肩胛冈

12. 尻骨、概骨: 均指尾骨、骶骨的总称

13. 骶端、尾骶、尾间、穷骨: 俗称尾棒, 均指尾骨。棒(音春)

(二) 躯干部骨性标志

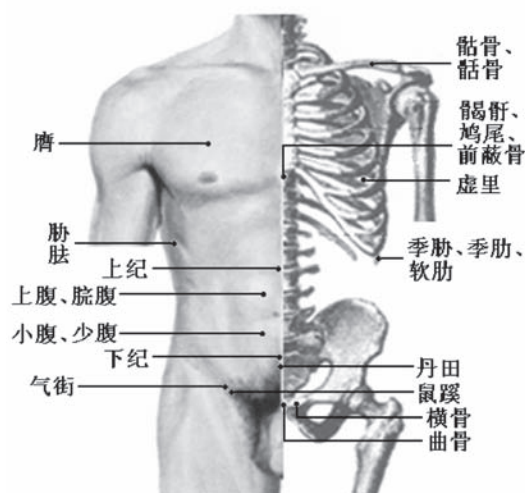


图4. 躯干部皮肤标志与骨性标志(前面观)

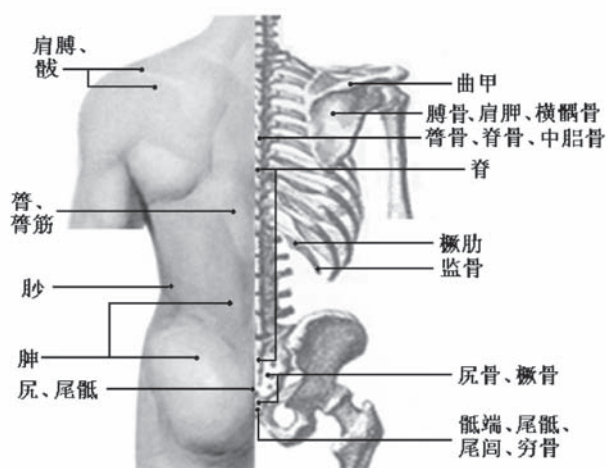


图5. 躯干部皮肤标志、骨性标志(后面观)

1. 髭胛、鸠尾、前蔽骨: 均指胸骨剑突。髭胛(音合于)

2. 骶骨、髭骨: 均指锁骨。骶(音枯); 髭(音靠)

3. 季肋、季肋、软肋: 均指第11肋骨前端的部位

4. 概肋: 指第12肋骨。概(音绝)

5. 监骨: 指主要指第12肋骨游离端

6. 横骨: 指两侧耻骨上支和耻骨联合的总称

7. 曲骨: 主要指耻骨联合

8. 脊骨、脊骨、中髂骨: 俗称脊梁骨, 均指背部脊柱

9. 脊: 指部分脊椎, 包括12节胸椎、5节腰椎、4节骶椎, 共21节

三、上肢部分

(一) 上肢皮肤标志

1. 手锐掌: 指掌侧大多角骨的皮肤隆起

2. 鱼: 又称手鱼, 指掌侧大拇指根部的皮肤隆起

3. 鱼际: 指手鱼外侧缘与手背皮肤的分界线

4. 赤白肉际: 指手(足)的掌面或掌(跖)面与背面的分界处, 有明显的颜色差异, 掌(跖)面皮色浅, 呈白肉; 背面肤色较深, 称赤肉。

5. 大指次指(趾): 指第2指(趾)

6. 小指次指(趾): 指第4指(趾)

7. 将指: 指中指

(二) 上肢骨性标志

1. 肩解：指肩关节
2. 肩上横骨：指锁骨肩峰端
3. 两叉骨：指肩锁关节
4. 髃骨、肩髃、肩端头：指肩胛冈的肩峰。
髃，音于
5. 臑骨、膊骨：指肱骨。臑，音闹
6. 肘内锐骨：指肱骨内上髁
7. 肘外高骨：指肱骨外上髁
8. 肘尖：指鹰嘴
9. 手踝骨：指尺骨头
10. 掌后高骨：桡骨茎突
11. 本节：指掌指关节或跖趾关节的圆形隆起。其前方称本节前，后方称本节后



图7. 足外侧面



图8. 足内侧面

四、下肢部分

(一) 下肢皮肤标志

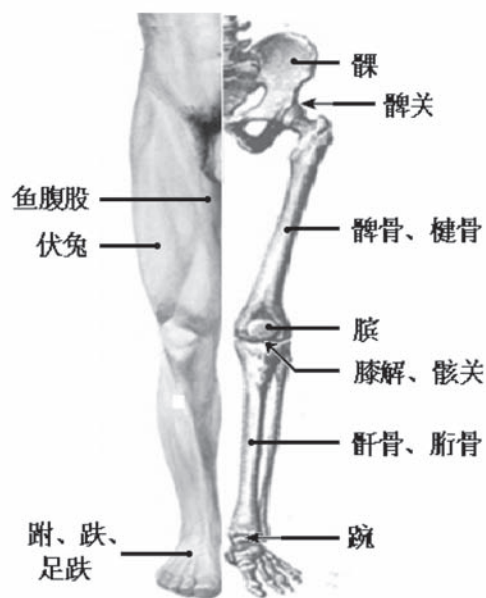


图6. 下肢皮肤、骨性标志(前面)

1. 鱼腹股：指大腿内侧面股内收肌群丰满隆起处
2. 髌关：大腿腹股沟部位的髌关节。髌，音闭
3. 髌枢、髌厌：指髌臼
4. 伏兔：股四头肌丰满隆起处
5. 腓：腓肠肌的丰满隆起处。腓，音专
6. 大筋：指跟腱
7. 跗、跗、足跗：指足背部

(二) 下肢骨性标志

1. 髌：指髌骨
2. 髌骨、髌骨：指股骨
3. 膝解、骸关：指膝关节。骸，音孩
4. 连骸：指股骨内、外侧髌
5. 腓：指腓骨
6. 胫骨、胫骨：指胫骨。胫，音干。胫，音恒
7. 跗：指踝关节。跗，音宛
8. 然骨：指足舟骨内侧缘的圆形隆起
9. 京骨：指第5跖骨粗隆外侧缘的圆形隆起
10. 束骨：指第5跖趾关节外侧缘的圆形隆起
11. 覈骨：指第1跖趾关节内侧缘的圆形隆起。覈，音核

扶阳学说与临床运用



新加坡·翁亚庆

扶阳学说也称火神论学说，是中医临床医学其中的一个派别。其主要的中心思想，是认为阳气是人身立命之本。阳气不足百病由生。所以扶阳派医家。善用干姜，附子，肉桂等温补阳气的药物，来治疗阳气不足引起的虚寒症及其他疑难杂症。也运用在扶正人体的阳气，以起到保健延寿的疗效。

扶阳学说的临床应用：

要有效的运用扶阳学说于临床治疗，首先就要辨别出阳虚证的症状特点和掌握扶阳的时机。在辨识阳虚证方面，有以下最简要的法则。

1. 辨别是否怕冷：全身性怕冷，反映整体阳气亏虚，体内有寒气，局部怕冷，反映相应的脏腑气血亏虚。
2. 辨别手足冰冷的呈度：手足冰凉，伴手足心汗。是阳气明显亏虚的征象。而出现手

足厥冷，是阳气极度亏虚，阴寒邪盛的表现，往往见于心绞痛，休克等急危重症。

3. 辨别口渴不渴：口渴情况反映体内水液的气化状态，口不渴或口渴不想喝水，或只喝热水，提示阳气不足，寒气内存。
4. 辨精神状况：精神萎靡，总想睡觉。是少阴病主症“脉微细，但欲寐”的表现，是阳气亏虚的典型表现。
5. 辨面色和舌苔：近代火神派医家吴佩衡，提出精辨寒热十六字诀：热证：身轻恶热，张目不眠，声音洪亮，口臭气促。寒证：身重恶寒，目瞑嗜卧，声低息短，少气懒言。真热证：烦渴喜冷饮，口气蒸手。真寒证：口润不渴，或渴喜热饮而不多，口气不蒸手。
6. 辨二便与梦境情况：大小二便，是阳气的晴雨表，表现为二便自利，小便的清长，

或频数；大便溏泄，都为阳气亏虚表现。此外病患叙述的梦境，也露出玄机，如梦于雪地，总找不到暖和的地方或衣著，是体内有寒气的典型梦境。常梦见死去的人一般是阴气重，阳气亏虚的表现。梦见身处海水或河水中，不得解脱，是阳气虚，水寒之气泛滥的表现。

除了辨别阳虚的证候表现，也要掌握扶阳用药的时机，可从几方面来着手运用。

1. 急危重症，阳气欲脱，急须扶阳：患者大汗淋漓，汗出如珠，畏寒蜷卧，四肢厥冷，精神恍惚，面色苍白，呼吸微弱，脉微欲绝。此时需大剂温阳救逆药。
2. 慢性疑难病，阳气已虚，应当扶阳：内科病中，患者有畏寒四肢怕冷，面色苍白，倦怠乏力，少气懒言，时自汗，口淡不渴，小便清长，大便溏薄等。是典型的阳虚证。须用扶阳法。
3. 常见病阳虚隐潜，未病先防，也要扶阳：疲乏无力，困倦欲寐，脉微而细。虽无恶寒肢冷的虚寒征象，但是却是少阴病的脉证，即使出现身发高热，应按治少阴病的麻黄附子细辛汤。而不用清热滋阴法。此外临床上还有许多表现为‘上火’的病症如口疮，面发痤疮，口干口臭，咽喉痛，头痛，眩晕，耳鸣，失眠噩梦，鼻塞流涕等症。从阳虚治疗，常可取得迅捷效果，因此，火神派有“头面无实火”之说。

扶阳常用方药的运用：附子，生姜，炮姜，干姜，桂枝，肉桂，砂仁，仙灵脾，等是扶阳派常用的中药。其中附子是扶阳第一要药，认为附子是“百药之长”。扶阳派医师，广泛运用，或专门运用附子。许多医书也记载了，以大剂量附子治愈急危重症的验案。

而附子有较强毒性，所以应用附子时，除了注意其品质，与配伍中药剂量都是关键。而除其毒性更重要是放在煎煮的问题

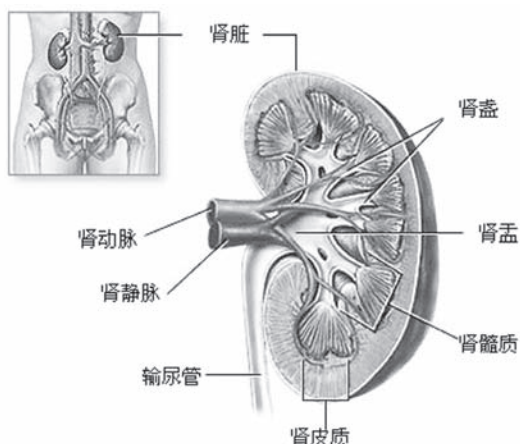
上。附子久煎后，其毒性可降低，且有效成份不会破坏。云南名医吴佩衡用附子，多与干姜，甘草共用。且嘱病家先煎煮这三味药，再和其他药物一齐煎药久煎。这种去毒增效的方法可以借鉴。

扶阳派医师常用的方剂有四逆汤、桂枝汤、理中汤、麻黄附子细辛汤等。而且除了用以治疗方剂本身适应证外，也开展到治疗其他病症上。而且疗效还是显著的。以四逆汤为例，它是扶阳的主方。由制附子、干姜、甘草组成，治阳虚阴盛证，症见四肢逆冷，恶寒，精神萎靡，脉沈微弱等症。近代名医吴佩衡临床擅用附子，他认为四逆汤不仅可以回阳救逆，一切阳虚阴寒证者均可服之。如四逆汤合麻黄、细辛，二陈汤治疗咳嗽，合麻黄、细辛、桂枝治疗阳虚齿痛；合桂枝、细辛、苍术、苡仁等治风湿性关节疼痛；合甘姜苓术汤治疗寒湿腰痛；合瓜蒌薤白汤治心痛等。其使用四逆汤必以阴证为原则。

小结

学习扶阳学说，在临床治疗时，能辨别阳虚阴寒，或阳气不足的症状表现，处方用药时就能有把握配伍温阳、扶阳药物，以提高治疗效果。清代火神派医家郑钦安，对治阴寒证颇有心得，其著作“医法圆通”、“医理真传”值得反复研习。

扶阳法适宜应运于本地吗？我们处于湿热之地，居住与工作环境，均有空调装置，易受寒受风；饮食习惯则偏好寒凉之食物，营养失衡，损伤脾胃，寒湿内生。此外长时期服食西药，也会损伤脾胃。所以阳虚寒阻，是诸多现代疾病的共同特征，而这是运用扶阳，温阳之法的时机。如治失眠证，疗效不理想，当考虑阳虚而导致肝郁之证。疏肝安神之中佐以温阳之药。治糖尿病，也应察色按脉，分辨阴阳，有阳虚之证，还是要扶阳之法处方用药。



中医学 肾说的现代化

中国陕西·李志刚

【摘要】传统中医学中的肾脏，实质上是一，主要由肾器官、睾丸器官、卵巢器官、下丘脑-垂体和吸气肌的吸气机能所构成的，复合之肾或抽象之肾。所谓的肾说的现代化，就是将传统肾说的内涵用现代语言表达出来。肾说的现代化，不仅使传统肾说所具有的科学内涵展现于世，使人们认识到中医学是有其客观科学依据的学说，而且使医家们能更准确和更理性(而非经验性)地应用其去指导临床实践。

【关键词】肾脏 肾说 现代化

1. 肾说的现代化

1.1 肾脏的本质和特性

中医学中的肾脏，实质上是一，主要由肾器官、睾丸器官、卵巢器官、下丘脑-垂体和吸气肌的吸气机能所构成的，复合之肾或抽象之肾。其中，肾器官为内肾，睾丸器官为外肾，下丘脑-垂体可被看成是脑肾，吸气肌的吸气机能为功能之肾。

内肾位于腹腔中的腰脊两侧，左右各一个，故有腰为肾腑之说。其实，腰为肾腑一说，不仅是因为腰与内肾的位置关系，还更可能是因为腰与外肾之间有某种明显的正性生理活动相关性。大家都知道，过度的性生活既可伤肾，又可同时伤腰(如出现腰肌劳损、韧带松弛和腰椎错位等)，因为性活动时，腰部的活动最剧烈。也都知道，腰部血流畅盛和筋骨强

壮时，性机能活动也强，因为腰与肾属于同一血流分布区域。还都知道，补肾的中医方药往往兼能壮腰。

传统中医学认为肾为脏腑阴阳之本和生命之源，即肾既能育阴主水克火，又能生藏命门之火，还能别出男女不同。

说到此处，人们会要问：为什么传统中医学，不知道卵巢也是和外肾一样的器官，而且把内肾和外肾都看成是肾脏，并坚持认为外肾与内肾无法或不能被分别成为两个不同的脏器？原因可能是：卵巢虽然象内肾一样也位于腹腔内的腰脊两侧，但是，它不像内肾和外肾一样，看上去明显地有管道与阴器或生殖道直接相连通，而且，它体积小易被疏忽。这样就使得古医家们，易错把内肾当成是兼主导女性生殖活动的器官(即兼等同于外肾的器官)，从而认为不能把内肾与外肾分别成为两个不同的

脏器。此外，五行格式化思维模式也可能是其原因之一，因为分成两个脏器之后，脏腑就不是五脏了，而是六脏。

1.2 肾脏的主要功能

1.2.1 主水

此功能实质上应该是指内肾具有主导调节水液代谢活动的作用。故，在传统中医学中，有肾为水脏之说。

传统中医学认为：胃摄取纳的水液，在脾的运化、肺的疏调和肾的气化作用下，清者被布运于各组织，浊者却化为汗与尿被排出。其中，肾的蒸腾和气化作用最为重要。肾主水功能正常，尿液排出就正常，机体就能将过多的水液和代谢产物排出体外，从而维持体温和内环境稳定。

1.2.2 主生藏和生殖

主生藏应该是指，肾脏具有主导，生成和贮备精子、卵子、雌激素、雄激素、下丘脑-垂体激素等精微物(即肾中之精气)之活动，的作用。

主生殖应该是指肾脏具有主导人体生殖机能活动的作用。

精气，是一抽象概念，狭义地讲，应该是指参与生殖活动的精微物、即真正生藏于睾丸、卵巢和下丘脑-垂体之中的精微物；广义地讲，应该是指由机体新陈代谢机能活动所生成的、以自由态形式存在于体液之中且无形的一切营养物和有益的活性物(例如：激素、酶、ATP、氧气、氨基酸、遗传物质等精微物质)。狭义精气也就是传统中医学中所说的肾中之精气或元气。(注意，广义的新陈代谢机能活动包括吸收、合成、分解和分泌或排泄等活动)。

传统中医学认为：精气是构成人体的基本物质，也是人体生长、发育和各种功能活动的物质基础，是先天之精和后天之精的合称。先天之精(可指精子和卵子中的DNA或从父母获

得的DNA，也可指DNA所携带的信息)源于父母，是胚胎发育的原始物质，也是生殖之精。后天之精源于脾胃化生的水谷之精气以及脏腑代谢平衡后的剩余精气。二者来源不同，但共同维持人体的生命活动和生殖能力。人的生、长、壮、老、死都与肾中精气密切相关。肾中精气还具有育阴和生阳的双重作用。其中，能对各组织各脏腑起滋养、濡润作用的部分(雌激素等)叫肾阴、元阴或真阴。能对各组织各脏腑起推动、温煦作用的部分(雄激素、ATP等)叫肾阳、元阳或真阳。肾阴和肾阳相互依存、相互制约和相互协调而常保持平衡，且共同维持其他各脏腑阴阳的相对平衡。

显然，这些认识与前边介绍的精气概念完全吻合。因为，现代医学研究的结果也已证明，人体的生、长、壮、老、死以及体热(体阳)、体液(体阴)的生成和变化等生命活动，虽由新陈代谢机能活动(即广义精气之活动)来维持，但是，都主要是在下丘脑-垂体-性腺系统释放的激素的激发与调控下进行的，即主要是由肾中之精气(即狭义之精气)来激发和调控的。精子和卵子以及胎儿都是在水谷精微的滋养下，特别是在母体的下丘脑-垂体激素(即肾中之精气)为主的内分泌激素的激发与调控下，生育而成的^[1]；出生后的婴儿又是在水谷精微的滋养下，特别是在自体的下丘脑-垂体激素(如生长素等)为主的内分泌激素的激发与调控下，生长发育为成熟体的^[2]；同样，人体的衰老和非病性死亡也是因机体的这种激发和调控作用的衰竭所致^[2](有学说认为下丘脑、垂体、肾上腺好似机体的“生物钟”，是调节衰老过程的主要场所^[3])；雄激素盛者阳刚气盛，雌激素盛者阴柔气盛。

对元气的认知，道家与传统中医学不完全相同。道家所说的元气多是指广义之精气，有例为证。如，道家认为吐唾液可伤元气。显然，唾液中的元气只可能是消化酶和营养物。

1.2.3 主纳气

此功能实质上应该是指，功能之肾(吸气肌的吸气机能)具有主导摄纳吸入清气活动的作用。吸气靠吸气肌的吸气机能活动，呼气主要靠肺的弹性回缩活动，这是医学常识^[4]。

传统中医学认为：肾的摄纳作用有助于肺气的肃降，即，吸气主要是靠肾的摄纳作用，呼气则主要是靠肺的宣发作用。肾的纳气功能，是肾主生藏功能在呼吸运动中的具体表现，也是以肾中精气为基础的。纳气正常，呼吸就均匀和调。如果纳气功能减退，摄纳无权，就会动则气喘，呼多吸少(浅吸几次后深吸一次)。

毫无疑问，纳气就是指吸气，只不过是，吸气强调的是口鼻胸腔之处的过程和感觉，纳气强调的是腰部的过程和感觉而已。显然，传统中医学把吸气肌的吸气机能活动又归于血肉之肾的原因可能如下：(1)吸气过程是一种，被感觉为从上向下和有腰部肌肉收缩活动参与的，主动性过程，而腰为肾所主。(2)血肉之肾强盛时，吸气机能就强盛。(3)吸气强度与机体衰老度相平行。(4)由肺部原因引起的气喘(所谓的肺性气喘)与由年老体衰或久病体衰所致的气喘(所谓的肾性气喘)，在其表现和医治方面都有所不同，肺性气喘主要表现为呼气困难性喘，肾性气喘主要表现为吸气困难性喘。

1.2.4 主骨生髓充脑

此功能实质上应该是指，肾中的精气有促进骨髓资生、骨骼生长发育以及中枢神经组织生成的作用。

传统中医学认为：肾中精气可以化生为髓，而髓居于骨腔中，可滋养骨骼。肾中精气充盛，骨髓就丰满而骨骼强健。如果肾中精气亏虚，则骨髓空虚，骨软或发育不全。齿为骨之余，其生长和坚固同样依赖于肾中精气的滋养。肾中精气充盛，则牙齿坚固；肾中精气不足，则牙齿松动，甚至早落。脑为髓海，

髓有骨髓、脊髓、脑髓之分，脊髓通于脑，脑为髓聚而成，其功能是精神意识等活动。既为髓海，就需依赖肾中精气不断化生和滋养。肾中精气充足，脑髓充盈，则精神充沛，动作灵活。如果肾中精气亏少，髓海失养，则头昏耳鸣，腰酸腿软骨痛，脑也健忘失眠。

显然，肾中精气(生长激素、促红细胞素、同化激素或雄激素等^[5])，确是维持或激发与调控骨髓资生、骨骼生长发育以及中枢神经组织生成等活动的物质。

1.2.5 开窍于耳、司二阴

(1) 开窍于耳

此功能实质上应该是指，肾脏生藏精气的状况，对于耳的代谢活动和听觉功能有明显的影响作用，往往可从听觉表现和变化来判断肾脏的状况。

传统中医学认为：耳是听觉器官，其功能正常与否，依赖于肾中精气的充养。肾中精气充盈，髓海得养，则听觉灵敏。如果肾中精气虚衰，髓海失养，则听力减退，甚至耳聋失聪。

例如，因肾脏生藏精气的活动失调而出现虚火上炎时，可因局部缺氧和CO₂增多，在脑部(包括耳部在内)会出现血管扩张、温度升高等变化^[6]，结果可导致，听觉感受器和听觉中枢的兴奋性与敏感性升高，机体出现耳鸣，久而耳聋失聪。

需要说清楚的是，听觉状况和变化是由多种因素决定或引起的，不只是由肾中精气的状况决定或引起。

(2) 司二阴

此功能实质上应该是指，血肉之肾的活动状况，决定着排尿的状况，影响着排便的性状和外生殖器的活动状况。

二阴是指前阴(外生殖器)和后阴(肛门)。

传统中医学认为：排尿由膀胱所主，但须依赖肾的气化。如果肾的气化失常，就会出现

尿频、尿失禁，或出现尿少、尿闭。排粪由大肠所主，也必须依赖肾的气化。如果肾阴不足，则津枯便秘；肾阳虚损，则便软或泄泻；肾失封藏，则肛肠久泻滑脱。

例如，内肾泌尿功能障碍和垂体分泌的利尿素不足时，会出现尿少、尿闭；垂体分泌的抗利尿素不足时，会出现尿频、尿失禁；肾中之精气激发的体热不足时，(因皮肤蒸发水液的能力减弱，特别是在夜晚)会出现夜尿频多、便软或五更泄泻。肾阳不足时，外生殖器难举。

说到此处，需要说明一下的是，任何脏腑与任何孔窍之间没有绝对的联系和绝对的反映关系，只有相对的联系和相对的反映关系。

[附]命门

命门是中医学家们为了强调脏腑的某种重要性时提出的一种看法，真正的命门体是不存在的。故，命门应该是指，肾脏具有开起(即生育)和关闭生命的作用，好比生命之门。

生命，是由睾丸和卵巢产生的精子和卵子之结合体，是在水谷精微的滋养下，以及在母体的下丘脑-垂体激素(即肾中之精气)为主的内分泌激素的激发与调控下，生育而成的；人体的老死也是因机体自身的这种激发和调控作用的衰竭所致。

自然，命门之火，是指维持生命活动所需的体热，也就是指肾脏激发机体新陈代谢机能活动所产生的体热。

命门之水，是指维持生命活动所需的水，也就是指肾脏激发机体新陈代谢机能活动所需的水以及内肾所排泄的水。

2. 讨论

洞悉中医学的本质之后，我们会发现中医学的本质性特点是“象本位”。所谓的“象本位”，是指，从实践方面来看，中医诊断所要获得的结果和中医论治所要依据的

事实，实质上都是真实的病候，即都是确证和稳定的病象；从理论方面来看，包括脏腑学说这一理论核心在内的中医学各学说，实质上都是象学说。毫无疑问，脏腑学说实质上就是藏象学说。

“象本位”这一特点不仅全面、深刻和精准地反映出中医学与西医学的本质区别；而且还表明，传统中医学不可能是一门精细准的学问，中医学的现代化也不可能做到既准又精细，传统中医学中存在这样那样的谬误在所难免。然而，五脏学说的现代化以及呼吸性循环等的被发现或被揭示却表明，从其本质和内涵来看，传统中医学基本上是一门科学。显然，传统中医学是一门源于临床实践且又经过长期临床实践锤炼的经验性学问。中医学过去之所以被某些学者们误认为是伪科学，就在于它抽象、经验、感性和有许多不科学性甚或玄学性的认知，以及人们还难以看出它的本质和揭示出它的科学内涵。也表明，那些认为中医学理论不可能也不能被现代化的想法，是枉顾事实和无能力的表现。毫无疑问，凡是科学的东西，最终都是相通的；中医学理论的现代化是保留传统中医学认知方式和认知特色的现代化。

由于中医学理论体系是以脏腑学说，特别是以五脏学说为核心的理论体系，故，可以说五脏学说的现代化已为整个中医学理论体系的现代化奠定了坚实的基础。

参考文献

- [1] 林守清. 生殖内分泌学[M]. 第5版. 北京: 人民卫生出版社.
- [2] Luciano Martin. 比较内分泌学与衰老内分泌学[M]. 科学出版社. 顾纯. 小儿内分泌学[M]. 第2版. 人民卫生出版社. 杜敏联. 青春期内分泌学[M]. 人民卫生出版社, 2006.
- [3] 鞠躬. 神经生物学[M]. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 2004:335.
- [4] 朱大年. 生理学[M]. 第6版. 北京: 人民卫生出版社, 2005:133.
- [5] 谢启文. 现代神经内分泌学[M]. 上海: 复旦大学出版社. 顾纯. 小儿内分泌学[M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社.
- [6] 田勇泉. 耳鼻咽喉科学[M]. 人民卫生出版社出版, 耳鸣、耳聋.

结合临床实践， 浅论辨证治疗与辨病治疗

新加坡·欧翠柳

【编者按】辨证论治是中医的精华思想，临床上何时运用辨证论治、怎样运用辨证论治都是值得用一生的经验来总结的。而且不同的医家在总结辨证经验的时候都有自己的特点，因而形成不同的医学流派。辨病治疗，是直接对于疾病本质不甚复杂的疾病采取治疗的手段，和现代医学有异曲同工之处。何时采用辨证论治，何时采用辨病论治是需要认真区分的。实际在临床上，采用辨病论治，会更直接，疗效也更好，但必须以丰富的经验和辨证论治作为基础。

中医“辨证论治”是中医学的精髓，与“整体观念”同为中医理论体系的特点。辨证论治是以证为基础，这种“证”是通过四诊而获得的，具有客观的临床指征。只要对“证”进行分析，然后应用历代医家总结出来的辨证方法，不难对疾病作出正确的诊断和治疗。临床上也常遇到无证可辨的情况，特别是现代检验技术高度发展的今天，这种情况日渐增多。

例如，某些乙型肝炎病人，早期往往缺乏自觉症状。这时，若用传统的辨证方法来诊断和治疗就比较困难了。如果提出“辨病”的方法，就是通过现代医技术对疾病作出诊断，探讨中医治疗规律的一种方法，即针对肝功能及阳性指标，运用中医治疗“胁痛”、“黄疸”等病的经验，往往能找出行之有效的治疗方药。再如，在现代紧张、忙碌的快节奏生活

中，“亚健康”人士亦属此类。

由此看来，辨病也是一种辨证方法，只不过这种“证”不是通过四诊而来，而是借助于现代医学检验技术获得。是一种特定的情况，是在新形势下对辨证论治的补充。当然，辨病必须以传统的辨证论治为基础，如果脱离了辨证论治，辨病的方法就盲目的，就不可能取得良好的疗效。例如：无症状肝炎必须从“胁痛”、“黄疸”等病中找出治法，无症状肾炎必须从“腰痛”、“血尿”等病中找出治法。五味子降转氨酶、二至丸消血尿等，就是通过这种方法总结了来的有效的方药。

值得提出的是，辨病的方法不可无限制扩大使用。否则，就会置论治于不顾，造成某病套用某方，对号入座的情况，非但不能治愈疾病，甚至可能加重病情。

本人曾治一胁痛患者，西医诊断为慢性胆囊炎，某医不查病因，不辨虚实，即用玄胡、川楝、枳实、青皮、大黄、芒硝等疏肝利胆药20余剂，病人服后胁痛不止，反增神疲乏力，口苦纳差，甚而服药则头晕目眩，舌红少津，脉沉细弱。求治于本人时，上症仍存。本人断为疏利太过，辛温伤阴，苦寒耗气，拟养肝柔肝为治，予一贯煎原方，少佐炒枳壳理气，蔻仁醒脾，潞党参补中，三剂胁痛大减，再服十余剂，余症亦愈。

在临床上，同时间、同一患者的表现不论医生是用辨证的观点看还是用辨病的观点看，其疾病的本质是一样的，不会因其观点不同而疾病本质发生改变。辨病与辨证应该是每个医生所要经历的两个不同的思维决策过程，尤其是从事中西医结合临床工作的医生。那么，这两个过程的意义是什么？下面谈谈本人的粗浅认识。

一、辨病

辨病是认识矛盾(疾病)过程。辨病一词，古今均有，古今均用。所谓“辨”，就是认识事物(疾病)的现象和本质。“辨”含有认识、区分、得出结论的含意。“病”的概念在中西医中名同而质异。这当然与认识疾病的时代、科学技术水平、思维方式不同有关，也与个人的临床经验有关。在中医中的“病”含有“证”和“症”的主要内容，多数是非确定型的，但在现代医学中，“病”的概念是较明确的，多数是确定型的。西医从一个病的发生原因、病理解剖、病理生理(病机)、临床表现等均有较详细的研究和认识。当然，西医认识“病”的本质也有一个随着时代发展而逐步深化的过程。

“辨病”是西医的通用原则。我们认为“辨病”是把病因相同、病理解剖相同、病理生理(病机)相同、临床表现相同或相似的病例归在一起，即把因果关系明确的同类疾

病归在一起，找出这类病发生、发展、演变共同规律，对这类病的运动形式有了本质的认识^[1]。西医对病的认识较中医深入而精细。西医借助于现代科学的发展成果，将病的病理信息(症状、体征、检验、病理、特殊仪器检查结果等)进行了详细的收集和分类，从微观至宏观都有较详细的了解。可以说是“胸中有数”。因而，西医对病的认识方法成为世界范围内的公认原则，也是今后医学发展的主流。中医的辨病将逐渐为西医的辨病所代替，这是一个不以个人意志为转移的客观规律。对一个具体病人辨病的本质结论只能是一种，即一个具体病的本质，不会因医生不同而发生改变^[2]。

二、辨证

辨证是解决矛盾(疾病)过程。即：对疾病的本质认识清楚之后，要选择治疗原则和治疗方法的决策过程。辨证就是要确立一个疾病的病位、病性、治则和方法。辨证是把临床表现相同、相似或不同，但可以用同一方法来治疗的病归纳在一起，形成所谓特定的“证”，如桂枝汤证、麻黄汤证、小柴胡汤证等等。对其发生原因、病理变化(病机)等的认识已成为非必须条件(在辨病过程中已解决了)。“辨证”是一种横向归类法，是在长期临床中形成的一种执简驭繁的方法。

“辨证”并非中医所特有，在西医的临床中也是辨病诊断，辨证治疗的。即具体论治时，中西医都是横向的。如：大叶性肺炎、扁桃腺炎、梅毒等都可以用青霉素治愈，那么，这些病都可以成为“青霉素证”的辨证范围。同理可以归纳出“洋地黄证”、“高压氧证”、“能量合剂证”等等。因此，中西医在论治的本质都是按“辨证”而进行的，只是对证的区分标准不同而已。辨证论治是中西医临床医疗中的普遍原则。一个具体证的辨证与论治一般情况下是稳定的(除个人经验外)，但也非绝对不变的，随着认识的提高，有时，一

些旧的辨证概念被打破,新的“辨证”概念被确立^[3]。同一疾病,不同的医生可能会有不同的辨证结果,治疗方法也不尽相同,但是,实践将检验其优劣。“辨证”随着时间的发展,将会出现一个中西医公认的“辨证”体系。

三、某些概念辨析

在辨病与辨证中,还有一些概念需要辨析:

1、症

“症”症是病理信息的反映,是个性表现,是现象。“证”是病理信息的分析综合结论,是共性,是本质。症只有上升到证的阶段才有意义。“辨证”是“辨症”的补充手段,也属于“辨证”范畴。如:桂枝加葛根汤证,辨“项背强几几”症成为辨原桂枝汤证外的补充,也可说成辨“桂枝加葛根汤证”,至于随意用药不能列入辨证范围。

2、微观辨证

所谓“微观辨证”就是利用现代科学技术成果,将疾病的认识水平提高到临床早期或临床前期,是对病的早期认识。“微观”的早期发现,成为对疾病早期诊断的依据,属于辨病范畴的东西,不属于辨证范畴。只有将微观的发现在辨病过程完成之后,要确立病位、病性、治则和方法时,才进入了辨证思维过程。在论治时,也属于“辨证”范畴。

3、辨时论治

“辨时论治”在中医的“子午流注”中体现的最明确,说明人体的变化、疾病的演化与时间有密切关系,因时间不同,临床表现也不同,按表现不同而辨,仍属“辨证”范围。临床医生都是辨证论治的,没有一个医生会单按时间去论治。否则,其在临床上将如瞎子走路一样,辨不清方向,医疗事故会接踵而至。

4、辨体论治

“辨时论治”的实质也是辨证论治,即不同体质的人,在同一致病因子作用下,可以有不同的临床表现。如:在一次流感中,可以有麻黄汤证、桂枝汤证、葛根汤证、小柴胡汤证等。证是由致病因子(病因)在一定条件下作用于机体后,所出现的阴阳盛衰变化,阳盛属热属实,阴盛属虚属寒。机体的体质是通过“证”来表现的,因此,“辨体”不能解决临床问题,只有“辨证”才能提供论治依据。

通过以上分析,不难看出,“辨病”和“辨证”是医生的两个必备手段,只有通过“辨病”,才能对疾病有详细而深入的了解,才能做出正确诊断;只有通过“辨证”,才能找到治疗疾病的最好方法。因此,“辨病诊断”和“辨证论治”是临床医生的两大法宝,也是普遍法则。诚然,现在的“辨病”与“辨证”尚存在不少问题,不仅中西医之间有差别,就中医内部的差别也很大,因此需要形成中西医公认的“辨病”与“辨证”标准。我们认为:“医学的改革必须做到,辨病辨证标准化、治疗原则统一化、用药方剂规格化、疗效观察客观化、资料分析科学化”。只要将“五化”工作做好了,我们相信一个崭新的统一的医学范式就会诞生。“系统疾病学”将要把“辨病”与“辨证”有机地结合起来,将中西医的长处,根据新加坡的医疗体系、社会需求,优势互补地结合在一起,为临床医生提供新的思路和方法,同时也造福广大民众。

参考文献

- [1] 方药中.辨证论治研究七讲.北京:北京人民出版社.1979:89
- [2] 朱明.中西比较医药学概论.北京:高等教育出版社.2006:27-32
- [3] 柯雪帆.中医辨证学.上海:上海中医学院出版社.1987:34-38

中国山东·于德昌

拙文《中医哲学可使对人的研究取得重大突破》(又名《人之为人在于人独有精神生命》,以下简称“中医哲”)从大体上阐述了中医哲学在对人的研究方面的作用和价值,现在我们就通过解决一个具体问题作进一步的阐述。

所要解决的这一具体问题是：给心理学补上“心”。有朋友会说：开什么玩笑，心理学竟然没“心”？

上篇 为什么说心理学没有“心”

心理学由西方人于**1879年**创立，迄今已有整整**130年**的历史。但心理学这**130年**的历史，仿佛在上演一场“皇帝的新装”，它好像一直在研究“心”，但事实却是如此令人尴尬：心理学没有“心”。

这话说起来千头万绪，我们不妨从心理学的定义说起。有关文著曾给心理学下过多种定义，我们就选个比较权威的、来自《中国大百科全书》的定义：心理学是一门研究人和动物心理活动、行为表现的科学。

有朋友马上意识到了：这个定义确实没涉及到“心”。关于它，我们到后面再作讨论。

我们再来审视一下“心理学”这个名称。

顾名思义，心理学是研究心理的学科，但既然没“心”，焉能知“心之理”，那么这门学科在研究什么呢？

这并不是在玩弄文字游戏，我们对照一下心理学的姊妹学科——生理学。生理学是有其“生”的(这话听起来有些别扭，是文字顺延使然，准确说应该是“身”，即“心与身”意义上的“身”)，即我们素知的人的生理机体，“生”之理即是人的生理机体的结构、性能及运作方式等。生理学以人和动物的生理机体为主体，在解析其结构、性能及运作方式等的基础上研究人和动物的种种生理活动、生理表现；医学则是在此基础上研究种种生理疾病的病理及治疗方法。

心理学则没有相应的心理机体为主体，因而我说它没有“心”。

心理学没有“心”，为什么竟能存在一个多世纪？《中国大百科全书》的定义道出了个中秘密：心理学是把人和动物一同进行研究，是用“身”代替了“心”，是把人的心理活动、心理表现当成了人的生理生命的活动和表现，把它们放在人的生理机体的框架中进行研究。从这个意义上讲，心理学和生理学并不是姊妹关系，而是君臣关系，生理学是君，心理学是臣，心理学是从属于生理学的。心理学由

于没有“心”作为立身之本，它一直没有立起来，因而它所取得的成就就非常有限，并且非常散乱。为什么这样说呢？我们不妨设想一下生理学研究：如果撇开生理机体(无论是中医学从功能角度揭示出的生理机体，还是生理学和西方医学从解剖角度揭示出的生理机体)，生理学家和医学家仅就生理活动、生理表现进行研究，那么他们能取得多大成果呢？而且这些成果没有生理机体统摄，是不是非常散乱呢？

心理学由于没有“心”，那么它的研究状况也就可想而知。

(当然，许多心理学家不同意《中国大百科全书》的定义，许多心理学家的研究事实上也已超出了这一定义所框定的范围，关于此，我们到后面再谈。一个明显的事实是：心理学究竟该如何定义，心理学研究究竟该如何定位，迄今还没有一个心理学家、一本心理学著作阐述到位。)

心理学的这种定义，以及由此而衍生的心理学研究的定位，源于这样一种观念：人是高级动物，人与其它动物只有高级与低级之分，而没有质的区别。这是一种错误观念，是一种为害甚巨的错误观念，正是受这种错误观念的误导和束缚，现代人对人的研究不但迟迟得不到突破，反而退化到连古人也远不如的地步。我们不妨看一下，中国宋明理学、德国古典哲学以及佛教哲学等对人的揭示是那么恢弘而深邃，而心理学对人的揭示是如此肤浅而狭隘——这难道不令我们汗颜和反思？

我在拙文“中医哲”中对这种错误观念进行了如是评议(以下所有引文都用“【】”括起):

【不知从何时起，盛行开这样一个关于人的定义或观点：人是高级动物。派生于此的，还有“人是社会动物”、“人是思维动物”、“人是文化动物”及“人是语言动物”等等。我们不禁要问，象猴子、猩猩等动物就已非常高级了，人类又比它们更高级多少呢？

基因学研究向我们揭示：人与这些动物的基因有97%是相同的，只有3%是不同的，可以说差别很小。

但在现实表现中，人与这些动物的差别却异常巨大：人类创造了偌大一个文明世界，而猴子、猩猩等动物却连一个小板凳都做不出来，这至少应该是一亿比一亿分之一的差别吧。如何用基因上百分之三的差别来解释现实表现中至少一亿比一亿分之一的差别呢？有的外国科学家还不死心，还在探究那百分之三的基因是不是非常特殊，从而造成了人与动物在现实表现中的巨大差别。对于这种到了黄河也不死心的执着精神，我们既表示钦佩，又不禁哀叹。

而如“人是社会动物”、“人是思维动物”、“人是文化动物”及“人是语言动物”等，都是只看到了人与动物的个别性差别并就此给人下定义。

一方面，这样的定义可以下无数个，如：人是知道刷牙的动物、人是会看书的动物、人是会使用计算机的动物……可以有无数个版本的定义还称得上定义吗！

另一方面，以上所列举的几种定义大都经不起推敲，如人有社会性，而猴子、大象乃至蚂蚁等群居动物就没社会性吗？人能思维、人有语言，其它动物就不能思维、就没有语言吗？人有文化，而能筑造精巧巢穴的蜜蜂、白蚁、金丝燕等动物就没有文化吗？对于此，我们经常看到的解释是：人的高级性能源于人的高级性，而动物的高级性能则源于它们的本能。这种搪塞之词可以休矣。

把人当作高级动物研究，大概是受“物本论”的影响。而且动不动就祭出科学这个“法宝”，声称只有经过科学验证的成果才是可信的，否则就是不可信的。殊不知科学在研究“物”方面颇具神通，而在研究精神方面却很无能。研究精神、研究人类精神的成果最好由人类生活、人类实践来验证。

在科学高度发达、帮助我们认识了许多许

多种“物”的今天，我们对人的认识却变得狭隘、浅薄，倒不如生在科学很不发达时代的古人来得恢宏、深刻，这究竟是科学的悲哀，还是我们现代人的悲哀？

人类既然是从动物进化过来的，其身上当然有动物性的一面，但这一面应该交给动物学、生理学去研究。

人类还是从植物进化过来的，其身上还有植物性的一面，难道也要将人类当成高级植物研究？

本人认为：人与动物有着质的区别，区别就在于有无精神生命。正是这一质的区别，决定了人与动物在现实表现中的巨大差别。人类独有的两大性能——道德性和创造性——都来自人的精神生命。】

此处提出的人的精神生命，就是心理学所缺少的“心”。“心”或人的精神生命，如同“身”或人的生理生命一样，也是生命实体，也有它的结构、性能及运作方式等。

那么，人的精神生命的结构是怎样的呢？这本来是个很难的问题，但我认为它已被《黄帝内经》解决了。我在拙作《自我之形成》（台湾商务印书馆2006年出版）中这样写道：

【《黄帝内经》作为一部医学著作，它主要是阐述人的生理机体的病变情况及其治疗方法。疾病，作为人体的一种现象，除去少量若干种外，绝大部分都不是单纯的生理疾病或单纯的精神疾病，而是精神机体和生理机体共同作用或相互作用的结果，这样，《黄帝内经》在探究人的生理疾病的病因时，也就不可避免地涉及到了人的精神机体。

有人会问，西方医学也是研究人的生理机体的病变情况及治疗方法的，为什么它就没有涉及到人的精神机体呢？这是因为，西方医学，正如前面所说，是建立在西方生理学的基础上的，而西方生理学是建立在对人的尸体的解剖的基础上的。当一个人死去时，首先他的

精神机体已消失了，接下来他的生理机体也被解剖得七零八落，这样西方生理学所揭示的人的生理机体就只是人体各部分器官、各部分组织机械的组合。因而，当人的生理机体的某一部位发生病变时，西方医学不但不能从精神和生理两个方面去探寻其原因，而且不能从生理机体的整体角度去探寻其原因，而只能“头痛医头，脚病医脚”。

而《黄帝内经》中的生理学理论是建立在研究人的活体的功能的基础上的，而人体的绝大多数功能（包括精神功能和生理功能）的发挥，要靠人的精神机体和人的生理机体的协同作用，要靠两个机体内部许多以至所有器官的协同作用。这样，《黄帝内经》在向我们描摹出一个活生生的人类生理机体时，也向我们勾勒出了人类精神机体的轮廓。

也即，向我们揭示了一个集精神机体与生理机体于一体的人类生命机体。

在中医学对人的生理机体已研究了至少两千多年、并已取得丰硕成果的今天，我们所要做的是：把中医学中所涉及到人的精神机体的部分抽离出来，对它们进行专门的、深入的、细致的研究。】

如此，也就解释了为什么有些心理学家的研究超出了人的生理机体的框架：因为心理学基本上是在人的活体上研究人的心理活动、心理表现，而人的心理活动、心理表现基本上都是在人的生理机体和人的心理机体交互作用下产生的，因而在研究人的心理活动、心理表现时，便不自觉地超出了人的生理机体的框架，而涉及到人的心理机体。

但不自觉的超出是远远不够的，因为你研究的坐标仍然是人的生理机体，你还会把你研究的问题、研究的对象放在人的生理机体的框架中考量——这一错误的坐标每每会使你的研究陷入误区。

我们应该把人的心理活动、心理表现放在人的心理机体的框架中进行研究，放在“心与

身”合一体的框架中进行研究，这样才能全面而正确地把握我们所研究的对象、所研究的问题，从而取得真正有效的研究成果。

我们应该实现一次观念的转换，即由认为“人是高级动物，与其他动物只有高低之分，而没有质的区别”转而认识到“人和动物有质的区别，区别就在于有无精神生命”。如果不能实现这一转换，我们就无法解释为什么是人，就无法解释关于人的无数种现象，对人的研究就无法取得突破。

费了这么大劲儿，也许把问题搞复杂了，其实我们玩一下孩子们的拼图游戏，就能发现问题所在：

第一个游戏：正如上面提到的，为什么研究“生”之理的生理学必须有“生”，而研究“心”之理的心理学的心理学就能没“心”？

第二个游戏：西方人常把“灵与肉”相提，中国人常把“心与身”并论，而人们为什么没有意识到：既然“肉”或“身”是生命实体，而“灵”或“心”也应该是生命实体呢？

第三个游戏：大家都知道精神病，但大家是否想过，精神病产生自我们身上什么地方呢？不可能产生自我们的生理机体，因为那就属于生理疾病。“有象必定有体”，既然有精神疾病这种现象出现，是不是就应该有它们赖以产生的“体”——人的精神机体呢？

无论怎么拼，我们都发现少了一块图，而且是最重要的一块图——“心”。

同时也使我们意识到，这个问题不止是心理学的问题，也涉及到其他一些学科。

中篇 “心”与“身” 同体， 都是五行结构

天人同体；具体到人，则是心身同体。它们的结构，都是五行结构，即《黄帝内经》解析出的人的生理机体的结构。

关于“天人同体”，中国哲学早有定论；

关于“心身同体”，至少我在我读过的书中还未见提到过。在拙文“中医哲”中，我把它们一并作了具体的论述：

【地球世界的自然产物虽然数不胜数，但总括起来只有五类：1、地，包括土地、山岳、丘陵及沙漠等；2、气，即氤氲在地球上面的大气；3、水，包括海洋、冰川、江河湖泊及地下水等；4、植物；5、动物。

地球是由太阳星云的分馏、坍塌和凝聚而产生的，最先产生的是地；后来由于地球变热、从地球内部释放出气体而产生了气；地与气相互作用而产生了水；有了地、气、水，便为生命的产生做好了准备，地球世界便次第产生出植物和动物。

一类物若要产生新一类物，它自己必须先发育成熟，如同一个人若要生育出新生命、一棵果树若要长出新果实，他或它自己先要发育成熟。成熟的标志，我想应该是系统的形成。即当地发育到形成地系统时，它能够产生出气；当气发育到形成气系统时，它能够与地系统相互作用而产生出水；当水发育到形成水系统时，它能够与地系统、气系统相互作用而产生出植物；当植物发育到形成植物系统时，它能够与地系统、气系统、水系统相互作用而产生出动物。

地系统、气系统、水系统相互作用而产生出植物的同时，它们也作为植物机体的三个系统被打进了植物机体中，而新生出的植物系统则是植物机体中的第四个系统，因而植物机体是由地系统、气系统、水系统和植物系统四个系统组成的。同样，地系统、气系统、水系统、植物系统相互作用而产生出动物的同时，它们也作为动物机体的四个系统被打进了动物机体中，而新生出的动物系统则是动物机体中的第五个系统，因而动物机体是由地系统、气系统、水系统、植物系统和动物系统五个系统组成的。

我是运用“五行学说”做出了以上的解

析，但这一解析结果却与地球系统科学的研究结果有很大的相似性。地球系统科学的研究结果认为：地球世界是由岩石圈、大气圈、水圈和生物圈四部分组成的，先是产生了岩石圈，其后产生了大气圈，然后产生了水圈，最后产生了生物圈。只不过在我的解析中，相当于把生物圈分解成了植物圈和动物圈。我想这种分解是必要的：如果将植物圈和动物圈总括为生物圈，那么岂不应该将岩石圈、大气圈、水圈总括为非生物圈呢？

我们接着上面的话题继续谈。我们人类的生理机体与动物（特别是高级动物）的生命机体是一样的，我们看一下我们人类生理机体的构成情况：我想我们人体的骨骼相当于地球世界的地系统，我们人体中的气构成了我们人体的气系统，我们人体中的水构成了我们人体的水系统，统帅全身的神经系统（可能还有血管）相当于我们人体的植物系统（生理学告诉我们，人体的神经系统中就有起着重要作用的植物性神经），而包裹全身的肌肉相当于我们人体的动物系统（肌肉被称为我们人体运动的发动机，人体能运动、动物能运动都有赖于肌肉组织）。

这还只是从构成材料的角度讲的。中医学运用“五行学说”，从功能角度解析出的人类生理机体是由如下五个系统构成的：脾主系统（即以脾为主的系统，其组成是脾—胃—肌肉—口），属土行；肺主系统（其组成是肺—大肠—皮肤—鼻），属金行；肾主系统（其组成是肾—膀胱—骨—耳），属水行；肝主系统（其组成是肝—胆—筋—目），属木行；心主系统（其组成是心—肠—脉—舌），属火行。

人体的脾主系统相当于地球世界的地系统，并且需要经常从地球世界的地系统中补充进粮食及钙、铁、锌、钾、钠、镁、磷等微量元素，地球世界的地系统也应属土行；

人体的肺主系统相当于地球世界的气系统，并且需要时时从地球世界的气系统中补充进空气，地球世界的气系统也应属金行；

人体的肾主系统相当于地球世界的水系统，并且需要经常从地球世界的水系统中补充进水，地球世界的水系统也应属水行；

人体的肝主系统相当于地球世界的植物系统，并且需要经常从地球世界的植物系统中补充进蔬菜、水果等，地球世界的植物系统也应属木行；

人体的心主系统相当于地球世界的动物系统，并且需要经常从地球世界的动物系统中补充进肉，地球世界的动物系统也应属火行。

由此是不是能让我们得出两个结论：
一、地球世界的形成过程也符合“五行学说”土生金、金生水、水生木、木生火的次序，地球世界的结构也是五行结构，因而“五行学说”也可用来解析地球世界的形成过程及其结构。

二、人类生理生命的结构与地球世界的结构是一样的。我想这一点并不奇怪：地球世界的结构既呈现于它自己身上，也呈现于它最成熟、最完整的产物身上。这样的产物只有两种：一种是人类的生理生命或高级动物的生命（人从生理角度讲就是高级动物）；另一种是人类的精神生命。

现在我们来考察人类的精神生命是如何产生的。

虽然精神生命的内容远不止是信息，但信息却是精神生命的重要内容。如果乍谈精神既不好谈、也不好理解，那么我们不妨从信息谈起。

当地球世界的地系统、气系统、水系统、植物系统和动物系统次第形成时，它们内部关于它们的信息的记录也开始了，记录的结果便是信息系统的形成。当地系统形成时，它内部的地信息系统也形成了；当气系统形成时，它内部的气信息系统也形成了；当水系统形成时，它内部的水信息系统也形成了；当植物系统形成时，它内部的植物信息系统也形成了；而当动物系统形成时，它内部的动物信息系统也形成了。同样，动物信息系统也是由地信息

系统、气信息系统、水信息系统、植物信息系统和动物信息系统构成的，当这五个信息系统在某类高级动物身上形成为一个整体时，精神生命就诞生了；这类高级动物便从动物中脱颖而出，成为人类。】

我不知道大家怎么看“五行学说”，我知道很多朋友都排斥它，把它同迷信活动联系在一起，我希望通过以上的论述能多少改变一下这些朋友的成见。由于“五行学说”是我研究人类精神生命的重要工具，所以我在拙作《自我之形成》中用较多篇幅对它进行了论述，在此引用一小段，以标明我对它的基本态度：

【“五行学说”大概产生于殷朝，从秦汉始，便进入了它的“黄金时代”，并至少持续了上千年。在那个时代，“五行学说”可以说成了中国人进行思维活动的基本平台(就象现在被应用于绝大多数计算机的操作平台——windows软件一样)，涉入政治、军事、天文、地理、医学、农学、建筑学等领域以及日常生活当中。另外，卜筮、星占、堪舆、相学、符咒及炼丹等迷信活动也借“五行学说”兴妖作怪，蛊惑人心，正是这些迷信活动导致了“五行学说”后来的厄运，以至到近现代，它被当作“迷信的大本营”扫进了“回收站”。

“五行学说”这种不正常的遭遇，倒并不怪乎“五行学说”本身，而是反映了我们心智的不正常。它既不象我们祖先所认为的那样神乎其神、无所不能，也不象我们现代人所认为的这样毫无价值、不值一提。“五行学说”作为一种思维工具、一种方法论，象任何工具、任何方法论一样，也有它的适用范围：在这个范围外使用，难免要出现谬误；在这个范围内使用，它还是很有价值的。】

最能证明“五行学说”之价值的，是中医学。“五行学说”与中医学的关系，可以用两

句话概括：“五行学说”成全了中医学，中医学证明了“五行学说”。

关于前一句话：如果没有哲学提供的“五行学说”（以及“天人合一论”和“中庸之道”等），中医学理论可能就建立不起来；即便能建立起来的话，也不是今天我们看到的、令我们赞赏的样子。中医学最令人赞赏的整体观不就得益于“五行学说”、哲学“天人合一论”和“中庸之道”等哲学理论吗！

关于后一句话：“五行学说”在许多领域的运用效果都不怎么样，在迷信活动中的运用更使它声名狼藉，但它在中医学领域却运用得非常成功，这一点已得到世人的公认。

为什么会有这种奇效呢？

因为“五行学说”遇到了它最合适的对象——人的生命机体。

由本文中篇开头所引述的拙文“中医哲”中的那一大段论述，可以得出这样一个结论：地球世界所有自然产物(包括地球世界本身)的结构都是五行结构；换句话说，地球世界在结构上统一于五行结构——这是又一个版本的“同构论”。

地球世界在结构上呈现出它的有序性。

虽然地球世界所有自然产物的结构都是五行结构，但有完整不完整之分(因而有高级不高级之别)，有的只有一、二行，有的则有三、四行，只有地球世界本身、人和动物的生理机体以及人的精神机体具备完整的五行结构。

“五行学说”恰好在中医学领域遇上了它最合适研究对象——人的生命机体，因而它的运用显示出奇效。但说“恰好”并不合适：因为“五行学说”就是中国古人在观察自然的基础上概括出的一种从整体上认识和把握自然的理论，而人的生命机体又是自然界最完备的产物，所以显示“奇效”有其必然性。

对于说人的生命机体的结构是五行结构，可能有的朋友还不服气，那么你不妨观察一下你的身体，可以说从上到下、从内到外都打上

了五行结构的印记：五官、五体、五脏、手上的五指及脚上的五趾等等。

有的朋友会问：这又说明什么呢？

请想想“全息论”。“全息论”已被用于许多领域，因而有很多版本。用之于人的生命机体，可以这样概括：人的生命机体的任何一个部分(甚至是一根头发)都包含着整个机体的全部信息。

当然包括结构方面的信息。

由于“五行学说”是我研究“心”问题的重要工具，所以我觉得有必要阐述一下我对它的看法，但也就说这些。对此有兴趣的朋友可以在网上搜索我的一篇名为《黄帝内经、五行学说与人类精神机体》的文章。我越研究“五行学说”越觉得它重要，我还会继续研究下去，也希望大家重视和研究它。

我在拙作《自我之形成中》这样写道：

【我们现在应该正视“五行学说”，拨开笼罩在它身上的重重迷雾，解开缠绕在它身上的层层乱藤，还原一个朴素的“五行学说”，或重建一个科学的“五行学说”，从头理清它的内容，重新确立它的价值。

如此，“五行学说”必将大有益于现代人类。】

关于“心”的性能和运作方式，我在拙文“中医哲”中稍有提及，拙作《自我之形成中》则用了五分之四的篇幅对其进行了虽比较拙稚、但也比较系统的解析。需要提及的是，关于“心”的运作方式，如其功能系统和能量系统是如何划分的，能量系统是如何收贮能量、如何加工能量、如何向功能系统输送能量的，以及功能系统是如何指挥能量系统收集能量的，我的解析有很大一部分是在中医学对“身”之运作方式的解析的启发下得出来的。

“心”与“身”不但“体”相同，而且在一定程度上“理”也相似，关键是性质和功能不同。

“心”与“身”就像我们人的生命机体中的一对体相同、性相异、不可分离、浑然一体的阴阳鱼。

正因为它们不可分离，所以中医学在揭示出“身”时，一不留神把“心”也给扯了出来。

这可是多个研究人的学科最需要的宝物啊！

下篇 应该建立“中医心学”和“中医生命学”

心理学没有“心”，而中医学有“心”，由此产生的最直接的想法是：用中医学给心理学补上“心”。

但仅仅这样想，就太低估了这一宝物的价值，远不能发挥出它的作用。

正如把《黄帝内经》仅看作一部医书就太低估了它的价值，它其实是一部生命哲学书，它的价值远不止是治病、养生，而是能解决更多、更大的问题。

但它的价值需要我们去挖掘。

我曾写过一篇名为《我们还需写出〈内经〉的另一半》的短文：

【人体乃是“心与身”的合一体，而《内经》基本上只写出了“身经”。

“三分身病，七分心病”，对“心”问题研究的滞后，大大制约了中医理论的发展和中医治疗水平的提高。

我们还需写出《内经》的另一半——“心经”。

“心与身”的问题既是中医学的一个关键问题，又是中国哲学的一个关键问题，现在又成为心理学的一个关键问题，我认为将这三方面的研究成果进行整合，可以使这个问题的研究取得重大突破，而整合的枢纽来自中医学。

不同于西方医学所解析的是纯粹“身”，

中医学所解析的既是“身”又是“心”。“身”是生命实体，即人的生理生命；而“心”也是生命实体，即我所说的人的精神生命。

我经过多年研究得出这样的认识：人的精神生命的结构与人的生理生命一样，也是五行结构，而且人的精神生命的五个系统——对应地内在于人的生理生命的五个系统中；也就是说，人的精神生命结构也可用“五行学说”来解析。

《内经》对“身”的解析比较深入和明晰，而对“心”的解析则很模糊和肤浅，因为当时关于“心”的研究成果还很贫乏。

到今天，中国哲学和现代心理学以及其他学科所提供的研究成果已非常丰富，我们应当以中医生理学理论为比照，以五行学说为骨架，以这些成果为血肉，构建起一套关于人的精神生命的理论。

这套理论的建立，既是中医学研究的重大突破，又会给诸多研究人的学科带来巨大影响，特别是有助于人类认识自身的本质、掌握自身的命运。】

“心经”的初稿已写出来了，它就是我的《人之为入——人类精神生命的结构、性能及运作方式》一书，出版社出版时将书名改成了《自我之形成》。

中医有“身学”，它研究的是“身”的结构、性能及运作方式。

我们还应建立“中医心学”，研究“心”的结构、性能及运作方式。

在此基础上，我们还应把“心”与“身”合到一起进行研究，建立“中医生命学”。

另外,“心学”研究的是“心”的正常情况,在此基础上还可建立“中医心病学”,研究“心”的病变情况及治疗方法。

这样，西方有西医学，我们有中医学；西方有生理学，我们有“中医身学”；西方有心理学，我们有“中医心学”；西方有精神

病学，我们有“中医心病学”；西方有生命科学，我们有“中医生命学”。

并不是跟西方攀比，人家有什么我们就得有什么，而是因为，在研究和解决生命问题上，中医学和西方科学可以起到互补作用，中国文化和西方文化可以起到互补作用，中国人的思维方式和西方人的思维方式可以起到互补作用。

在《自我之形成》一书中，我用一个形象的比喻比较了中国人思维方式和西方人思维方式的不同：

【……如果把人的生命机体比作一座山，那么中国人是站在山顶，能看到山的全貌，却看不清山的各个部分；而西方人，对山的各个部分都进行了精细的考察，却看不到山的全貌。

无论西方人的思维方式，还是我们中国人的思维方式，都不是健全的思维方式。健全的思维方式应该是：既能象中国人一样进行动态的整合，又能象西方人一样进行静态的分析；在把握好动态整体的同时又能进行静态的分析，在进行静态分析的同时又不失去动态的整体。】

也就是说，西方人善于研究部分，却不善于把握整体；而中国人善于把握整体，却不善于研究部分(当然，现在在西方文化的影响下，在向西方人学习的过程中，中国人这方面的不足已有了一定的改观)。

单就在研究“身”上，就可看出二者的不同。我再引用一段《自我之形成》中的论述：

【有人会说，西方生理学所揭示出的人类生理机体不是一个有机统一的整体吗？这与其说是一个有机统一的整体，不如说是一个机械组合的“全体”。组成人体的各个零件、各条线，西方人都清理出来了，并且他们对各个零件、各条线都进行了精细的研究，然后他们把

各个零件组装起来，用线连好——于是我们看到了什么呢？看到的是一个机械。用对它的认识结果不但不能解释人的种种活动，就连动物的追逐、打斗、嬉戏、好奇及求偶之类的活动也解释不了。

以上这段话好象是在贬低西方人，但我说的是一个方面的事实。我要说的另一个方面的事实是：中国人好象是揭示出了一个整体的、动态的人类生命机体，但是，中国人却没有研究好这个机体中的任何一个器官，即便心肝脾肾这些器官名称，在中医学中所指的也并不是五个器官，而是五个分别发挥着某种特定功能的系统。实际上，中医学所揭示出的人类生命机体，主要就是这五个系统的关系而已。如果对一个整体的各个部分缺乏精细的研究，那么所揭示的这个整体就只是一种表像而已。】

西方人的生理学缺乏整体性，连带着西方医学也缺乏整体性；西方人的心理学连“心”都没有，更无整体性可言，连带着西方精神病学也缺乏整体性；生理学和心理学都缺乏整体性，连带着西方人的生命科学也就无整体性可言。

(提到生命科学，我想插一段信息。生命科学研究得深入，使它已逐步接近人的精神生命，并有可能用科学手段证实人的精神生命的存在。

请大家在网上搜索一篇名为《人类的精神来自于哪里?》的文章。这篇文章提到:

1978年，诺贝尔生理学 and 医学奖获得者、神经生理学家艾克尔斯在总结他多年的研究经验时，提出了一个惊人的新观点：大脑的兴奋并不等于精神和意识。他认为人有一个独立于大脑的“自觉精神”，大脑只是它的物质工具而已。他说：“我们每个人在胚胎发育或幼小的某个时期，就具有非物质的思维和自我领悟能力，这种人的‘灵魂’，使我们具备了人类的特征：意识、思考、爱、恨、怕等。”

这篇文章通过列举一系列真实事例和科学

实验, 提出这样一个推论:

人类的精神现象很可能与肉体没有什么必然的联系，精神是独立于肉体而存在的一个自由生命体，假如这个论点可以站得住脚，那么人类早期关于灵魂的所有论点都应该重新考虑。)

而我们，可以运用中医学、中国哲学，把“身”作为一个整体进行研究，把“心”作为一个整体进行研究，把“心”与“身”合成人的生命作为一个整体进行研究，并把人和天作为一个整体进行研究。

生命本来就是個整體，如果不能意識到它的整體性，不能把握它的整體性，怎麼能研究好它呢？我們中國人應該運用中醫學、中國哲學去把握生命問題的整體性。當然，整體是由各個部分組成的，對它們的研究，我們需要借助西方人的功夫，需要學習西方人的功夫；而在把握整體上，西方人需要借助中國人的功夫，需要學習中國人的功夫。

冥冥中好像真有一只“上帝之手”，它没有把打开生命之门的钥匙单独交到中国人或西方人手里，而是分别交到中国人或西方人手里，必须把中国人或西方人手里的钥匙合到一块才能打开生命之门。从好的方面揣度上帝的意思，他是要中国人和西方人学会合作；从坏的方面揣度，他是逼迫中国人和西方人进行合作。

西方人已在研究部分方面取得丰硕的、令我们叹服成果，而我们中国人呢？

尼克松在它的《领袖们》一书中写道：“中国人坚信不疑地认为，他们的文化和哲学极为优越，确信到时候就会战胜我们的和其他任何人的文化和哲学。”

时候到了！

中国文化、中国哲学，你到底有多优越，
就请你在心问题、生命问题这等顶尖课题上向
世界证明你吧！



新加坡·卓扶蓉

在中医学的教课书中《中医内科学》论述脾的生理功能和病理表现时论脾气、脾阳较多，而未述及脾阴。

脾阴之说由来已久，自明清之际，如缪仲淳、周慎斋、吴澄、胡慎柔、吴鞠通、薛生白、曹庭栋、唐容川、陈修园、张锡纯等名贤均有发挥。

缪仲淳在《先醒斋医学广笔记》中说：“胃气弱者则不能纳，脾阴亏则不能消，世人徒知香燥温补为治脾虚之法，而不知甘凉滋润益阴之有益于脾也”。可见，滋养脾阴，必须用滋润甘凉之品，取其甘以补脾，润以益阴，滋而不膩，运而不燥。

周慎斋在《慎斋遗书·卷七·虚损门》中说：“用四君加山药引入脾经，单补脾阴，再随所兼之证而用之，矣脾之气旺，旺则土能生金，金能生水，水升火降矣”。

吴澄在《不居集》中说道：“古方理脾健胃，多偏重胃阴而不及脾阴。然虚损之人，多

为阴火所灼，津液不足”。

吴鞠通对脾阴也有一定认识，他在论述湿传中焦时指出：“有伤脾阳，有伤脾阴……”提出了外邪侵入人体，不但可以伤及脾阳，也能伤及脾阴，在治疗时一定要引起注意。

薛生白也曾曰：“心阴虚则易汗，肺阴虚则多咳，肝阴虚则火升，肾阴虚则发热，脾阴虚则便秘”。明确指出了各脏阴虚的辨证要点。

曹庭栋在《老老恒言》中说“脾阴足则万邪息”。说明脾阴在养生学上也有重要地位。

清代唐容川说：“脾阳不足，水谷固不化；脾阴不足，水谷仍不化也。譬如釜中煮饭，釜底无火固不熟，釜中无水亦不熟也”。提倡治病应注意区别脾阳与脾阴。

陈修园说：“脾为太阴，乃三阴之长，治脾阴虚者，以滋脾阴为主，脾阴足，自能灌溉诸脏腑”。“千古滋阴都误解，太阴脾土要扶

持”把脾阴提高到三阴之长的位置。

张锡纯在《医学衷中参西录》中亦指出：“治阴症者，当以滋脾阴为主。脾阴足，自然灌溉诸脏腑也”。总之，后世医家在前人对脾脏生理、病理认识的基础上，通过不断地医疗实践、不断的总结和提高逐渐发展、完善了脾阴这一理论概念。

从众医家的论述，可见脾阴虚在临床切实可见。《素问·宝命全形论》云：“人生有形，不离阴阳”。《素问·阴阳应象大论》云：“阴阳者，万物之能始也”。以五脏言，每脏各有阴阳，脾脏亦不例外，应有脾阴、脾阳之分，病理上当有脾阴虚、脾阳虚之别。

脾阴与脾阳之间的关系

脾阴乃相对脾阳而言，脾阳主运化，使五脏六腑生机旺盛；脾阴主营血，有濡润之功，使津血充盛，脏腑经络百骸皆受其滋养。

脾阴有赖于脾阳所化水谷精微的充养，脾阴才能充沛，脾阳须由脾阴的濡养才能发挥作用。脾之阴阳相互依存，故脾阳仰仗脾阴以生，两者相互协调才能完成脾主运化，输布水谷精微的重要生理功能。

脾阴的三个生理功能

一. 运化功能

脾阴的运化功能，即是能够为胃行其津液，把水谷精微、津液运至全身，使机体得到营养，而在运行津液的同时，又把各脏腑器官利用后的多余水液，在肺肾协同作用下，排出体外，使水液代谢保持正常。

二. 濡养功能

脾为后天之本，五脏六腑都需要脾阴濡养。

- a. 肝为刚脏，体阴用阳，其阴常易虚损，除可从肾阴得到涵润外，还需靠脾以渗注，

脾阴足则肝阴足，肝阳才不致妄动。

- b. 脾与心亦是子母之脏，心主血，脾生血，心血要充足，需脾阴不断生化补充。《灵枢·决气》：“中焦受气取汁，变化而亦，是谓血”。故血虽为心所主，而赖中焦脾胃化生。
- c. 脾为肺之母，土能生金，脾之阴液上输于肺，使肺得滋养。
- d. 肾为先天之本，藏精生髓，然此先天精微，必赖后天阴液不断转化、补给，始能发挥作强之性，令机体轻劲多力，此阴液就是由脾阴转化而来。

总之，脾土居中，濡养四脏，其濡养作用是靠脾阴的特殊功能完成的，若脾阴有所亏损，不但本脏自病，肝心肺肾亦必受累。脾阴不仅对其余四脏有濡养作用，六腑、四肢百骸也离不开脾阴的滋润。

三. 统血功能

脾统血，即是指脾有统摄血液，使其在血管内正常运行的功能，此种功能是和脾阴分不开的。唐容川《血证论》云：“血之运行上下全身赖于脾”，“其血走泄胃中，为唾而出，是脾之阴分受病，而失其统血之常也”。临床所见血证原因甚多，但有一部分确是脾阴虚，脾不能统摄所引起，其证除出血外，尚有食少不化，腹胀倦怠，舌红口干，脉虚数等。唐容川又说：“脾阴虚则不能滋生血脉”。说明脾阴尚有生血之力；脾藏营，营能化为血，故脾阴虚则血亦必虚，出现面色苍白、眩晕、心悸、疲倦乏力，唇舌皆淡、脉细等症。

脾阴虚的病因

- a. 饮食不当
过食辛辣，肥甘厚味，饮酒过度，暴饮暴食等致积热渐生，耗伤阴液；过饥，摄入不足，致脾阴乏源而虚。《素问·生气通

天论》曰：“阴之所生，本在五味，阴之五官，伤在五味”。

b. 劳倦过度

诸虚劳损可化火，耗伤阴液，伤及脾阴。顾松圆《医镜》言：“劳倦伤脾，乃脾之阴分受伤者多”。

c. 情志因素

思则气结，气结则郁而化火，火盛则伤阴，故忧思伤脾。

d. 他脏损脾

脾为孤脏，五脏皆由脾运化水谷精微濡养，他脏阴虚势必波及脾脏。

e. 乱投医药

过用辛热刚燥之品，或误用汗、吐、下法耗伤胃阴，进而损及脾阴，导致脾胃阴虚。

f. 阳病及阴

脾阳虚也可导致脾阴虚。阴阳互根，无阳则阴无以生，无阳水谷无以化生阴精，可致脾阴亏虚。

脾阴虚的病机

脾阴虚的基本病机为营阴不足，脾失健运，脏腑失于濡养，津伤化燥，阴虚生热。

脾阴虚的临床表现

食欲不振，食后脘腹痞胀，大便易溏(饮食极少时，大便有可能少而干结)，神疲乏力，口干，舌红少苔或无苔，脉濡或细而略数，久则形体益消瘦等症。

阴虚日久，阴伤及气而出现气虚，故脾阴虚常与脾气虚并存。脾气虚则运化无力，阴血生化不足而虚亏；或脾虚运化失常，吐泻之液而阴亏，气虚及阴，而呈现气阴两虚之症；或脾不摄血，长期慢性失血，阴血相滋，血亏阴必损。因此，脾阴虚又常常是继发于脾气虚损之后，临床上常见脾气之虚未复，脾

阴之损兼见。

脾为心之子，若脾阴不足，累及心阴，便会“子盗母气”故临床中除具备脾阴虚的证候外，还会出现心悸失眠、多梦健忘、惊惕不安的心阴虚证；

母病及子，也可能出现除脾阴虚证候外的肺阴不足症状，如咳嗽痰少，口干咽燥，甚至咳血，潮热盗汗等；

“土壅侮木”之肝阴不足，肝阳上亢的症状，象头晕头痛、烦躁口苦，肢麻肉瞤等；

“土不制水”还可见腰膝酸软，耳鸣健忘，遗精盗汗等肾阴虚。

在脾气、脾阴俱虚的基础上，尚有兼肾阳不足之证，故临床每见晨泄，完谷不化，畏寒喜暖，甚则面肢浮肿，此时不仅肾阳亏虚，脾亦常受损，病情较重，病机复杂。

由于脾与胃以膜相连，关系至为紧密联系，功能上又相辅相成，故脾阴虚常常病及胃阴虚，两者往往连同发生，临床症候甚至不易完全区分。不能食者病在胃，不能运食病在脾，二者不可分割。胃阴不足，水谷不化，则脾阴乏源；脾阴不足，则不能为胃行其津液，又致胃液枯槁。邪热入传中焦，既伤胃阴，亦伤脾阳。

内伤之病，如吐泻过度，失血过多，或它脏阴虚相涉，皆可两伤脾胃之阴，故在临床上常常看到脾阴虚和胃阴虚合并出现，这又是脾阴虚临床表现特点的另一个方面。

综上所述，脾病所波及它脏之病变甚广，所表现的临床症状非常复杂。

脾阴虚的治法方药

脾阴虚的治疗原则须调整阴阳，“壮水之主，以制阳光”。决不能用苦寒之品直折其热，因苦性燥湿且败伤胃气，对阴损及阳的患者无疑是雪上加霜。《素问·刺法论》：“欲令脾实…宜甘宜淡”，作为补养脾阴之大法。因脾阴不足，甘能补虚，脾恶湿浊，淡能

避湿；甘淡之品补泻相合，既不会育阴腻滞碍脾，又不致温热助火劫津。

补阴药大多具有沉降之性，故在补阴方药中应少佐升药以调节脾胃的气机升降，从而利于药物的运化。脾喜燥而恶湿，“得阳始运”，故在补脾阴时必须兼补脾气，以使阴阳平衡，少佐温补药亦可减少滋阴药腻滞肠胃之弊。常辅以太子参、白术、炙甘草、党参、黄芪以助脾运。脾阴虚对药物的吸收能力较弱，大剂量反而伤害脾之虞，故用量宁可少量，反而收效迅速。此外，在治疗脾阴，还应考虑到对胃及其它受累脏腑的治疗。

常用中药如山药、沙参、太子参、扁豆、山药、苡仁、玉竹、莲肉、白术、麦冬、石斛、云苓、甘草等药。其中又尤以山药性平不燥，补而不滞，滋而不腻。近世张锡纯创一味薯蓣饮，单用山药一味，称其“能滋阴又能利湿，能润燥又收涩，是以能补肺肾兼补脾胃”。可见山药是补脾阴的良药。山药入肺脾二经，《本经》曰：“补中益气力，长肌肉，强阴”。既能补阴，又能益气，与人参、莲肉配伍效果更能增强，故为补脾之良药。

补脾阴的方剂主要有

1. 吴澄《不居集》中的理脾阴5方：

- ① 中和理阴汤(人参、山药、扁豆、莲肉、老米、燕窝)。
- ② 理脾阴正方(人参、紫河车、白芍、山药、扁豆、茯苓、橘红、甘草、莲肉、老米、荷叶)。
- ③ 资成汤(人参、白芍、扁豆、山药、茯神、丹参、橘红、甘草、莲肉、檀香)。
- ④ 升补和中汤(人参、扁豆、山药、茯神、钩藤、陈皮、甘草、荷叶蒂、谷芽、老米、红枣)。
- ⑤ 培土养阴汤(制首乌、丹参、扁豆、谷芽、白芍、车前、莲肉、猪腰)。

2. 慎柔养真汤(人参、白术、茯苓、甘草、山

药、莲肉、白芍、五味子、麦冬、黄芪，记载于《慎柔五书·虚损门》)。

3. 陈藏器《三因方》六神散(人参、白术、茯苓、甘草、山药、扁豆)。
4. 《局方》参苓白术散(人参、白术、茯苓、甘草、山药、扁豆、苡仁、砂仁、莲肉、桔梗、陈皮)。

小结

经过众多名贤对脾阴虚证的明确论述，对其生理、病理、临床表现和治疗方药均有较为全面的认识。

脾在五行属土，为阴中之至阴。《素问·玉机真藏论》曰：“脾为孤脏，中央土以灌四傍”。一旦脾土之阴受伤，转输之官失职，可出现十分复杂的临床症候，故临床上治疗脾病不应单纯从气(阳)方面着手，亦应考虑到脾阴。

对于脾阴虚证的治疗，皆宗《素问·五脏生成篇》中“脾欲甘”之说，均守《素问·刺法论》中“欲令脾实……宜甘宜淡”之训。组方遣药以存津液为要旨，阴阳兼顾的宝贵经验，值得后世医家所遵循。





北京肿瘤名医林洪生 治疗乳腺癌 的用药规律

新加坡·曾玉珠

中医将乳腺癌看作是全身性疾病的一个局部表现，由于先天禀赋、年龄、病程、病理类型、治疗措施等的不同，乳腺癌患者往往存在着个体差异，表现出同病异证，故目前中医治疗乳腺癌仍然坚持辨证论治为主要宗旨，采取辨证与辨病相结合，以期收到最佳的疗效。

中医认为正气不足，气血亏虚是乳腺癌发生的内因和根本；情志内伤，忧思郁怒又是本病发生发展的重要因素。治疗原则以辨证论治为主，扶正与祛邪相结合，优点在于能从整体观念出发，抑制肿瘤细胞的生长，改善症状，提高患者的生存质量和延长患者的生存期。

《女科撮要》有“乳岩属肝脾二脏郁怒，气血耗损。”乳腺癌的发病，虚实夹杂，本虚在肝、脾、肾，尤以肝肾虚损为主；标实以气滞、血瘀、痰浊为多。因此，针对患者的病理特点及疾病发展的不同时期，综合采用健脾、补肾、疏肝、清肝、清热解毒、理气、活血、化痰、软坚散结等治法，再适当加用辨病中药。

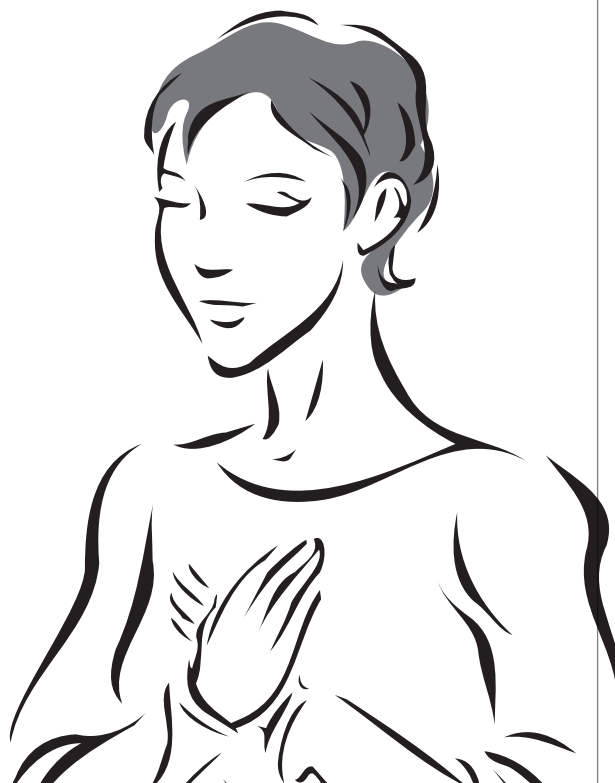
笔者的硕士导师，林洪生主任，是北京著名的肿瘤专家。笔者在中国中医科学院广安门医院随导师临床学习一年余，收集并分析了导师治疗乳腺癌的处方158张，总结了导师在治疗乳腺癌方面的用药规律，现报告如下：

1. 导师林洪生主任应用频次最多的前25味中药

导师林洪生主任应用频次最多的前25味中药分布规律表

药名	频次	(%)
白芍	103	65.2
补骨脂	102	64.6
天冬	98	62.0
麦冬	91	57.6
香附	90	57.0
生黄芪	87	55.1
鸡血藤	83	52.5

药名	频次	(%)
陈皮	82	51.9
枳壳	79	50.0
半枝莲	72	45.6
茯苓	69	43.7
龙葵	68	43.0
莪术	67	42.4
八月札	66	41.8
枸杞	64	40.5
白英	61	38.6
元参	59	37.3
焦白术	59	37.3
炒柴胡	58	36.7
青皮	57	36.1
川断	56	35.4
公英	53	33.5
知母	51	32.3
防风	50	31.6
焦神曲	47	29.7



导师常用的25味中药主要有补益类、理气类、清热类等。她常用的补益药有白芍、补骨脂、天冬、麦冬、生芪、枸杞、焦白术及川断；理气药有香附、枳壳、青皮、陈皮及八月札；清热药有半枝莲、龙葵、白英、公英、元参及知母。

2 从肝论治，重养肝阴

乳腺癌的病因多为情志内伤，肝脾气逆，或冲任失调，肝肾亏虚，从而使经络受阻，气血痰凝，日久结毒不散，积成坚核而成。病位多在肝、脾、肾三脏，病机特点是正虚邪实，虚实夹杂。由于中医认为情志内伤，忧思郁怒是本病发生发展的重要因素，而《内经》

也曰“郁怒伤肝”，因此，导师治疗乳腺癌时，多从肝论治。

“肝体阴而用阳”，以藏血为本，以气为用，肝阴易虚，肝阳易亢；肝气、肝阳常有余；肝阴、肝血常不足。

肝主疏泄，喜条达而恶抑郁。乳腺癌患者肝气最易抑郁，因此，宜疏肝理气以畅达、和调肝脏之气及肝络之气。导师就经常选用柴胡来疏肝解郁(频率36.7%，排第19位)，香附来理气解郁(频率57%，占第5位)，枳壳来理气行滞(居第9位)，青皮来疏肝破气行滞(排第20位)。

肝主藏血，肝赖阴血之滋养而发挥其“体阴”的正常生理功能，故有“血液以

濡之”，“肝……非柔润不能调和”之说。《内经》中有：“以辛补之”及“以酸补之”等说法。清·尤在泾说：“以辛补之，是补其用。以酸补之，是补其体”。肝体之病，以阴虚血亏为多见。肝体失柔，可致肝气升泄太过，致阳亢风动等病变。治宜选用滋肝、柔肝之品。导师经常选用枸杞(排行15)、白芍(占首位)等来养肝血。

柴胡是少阳经的代表药，为疏肝解郁的首选药。但《本草经疏》曰“病人虚而气升者忌之”、“呕吐及阴虚火炽炎上者，法所同忌”。而理气、破气药大多香燥，有伤阴之弊。肝为刚脏，非柔润而不和。“肝气为可犯，肝血自当养”。在调肝气与滋肝阴方面，导师更加注重后者，这可从她用药的频率中体现出来。在所收集的导师的治疗乳腺癌方中，白芍的应用频率最多(65.2%)。

白芍味苦、酸，性微寒，归肝、脾经。与补血药同用，有养血敛阴的作用，治疗阴血不足者；与疏肝药同用，有柔肝平肝的作用，治疗肝气郁结者；其止痛的作用，也为肿瘤疼痛者常用。对于放化疗后有血象偏低者，导师一般除了应用具有提升血红蛋白和/或白细胞作用的中药外(如鸡血藤、枸杞子、补骨脂、阿胶珠)，也加入白芍养血。

3 从证论治

除了从肝论治乳腺癌，导师也从证论治。对于辨证属气虚的乳腺癌患者，她一般选用玉屏风散加味治疗。对于气阴两虚者，在补气方面，则易生黄芪为太子参。她认为玉屏风散即能固护卫表又能健脾，对提高气虚的肿瘤患者的免疫功能疗效不错。

对于辨证属肝气郁结者，她经常选用代表方柴胡疏肝散加减化裁。

4 中西医结合治疗

对于放化疗造成的骨髓抑制，血象下降，出现面色苍白无华，身倦乏力，头晕目眩，心

烦眠差，极易外感者，一般属肝肾受损，精血不复。导师以滋补肝肾为主，常选用现代药理具有提升血红蛋白和/或白细胞的作用的中药如鸡血藤(频率52.6%)、枸杞子(频率40.5%)、补骨脂(频率64.6%，居第二位)等治疗。为了预防放化疗造成的骨髓抑制，她就经常在患者放化疗之前或期间应用这些药。

对于有骨转移或腰酸痛等需要补肾时，她首选具有补肾作用的补骨脂。

根据现代药理研究，补骨脂对多种癌细胞有选择性抑制和杀伤作用，以及放射增敏作用，对因放化疗后血象下降，白细胞减少有提升作用，它是治疗骨肿瘤的首选常用中药。

对放射性肺炎及放疗后口干津少有阴虚证的患者，导师常用天冬和麦冬来滋阴润燥。天冬和麦冬是治疗乳腺癌的首选常用中药，导师也认为其对乳腺癌属阴虚者的疗效不错。

5 辨病用药

除了辨证用药，导师也结合辨病用药来治疗乳腺癌。她经常在处方中加入3，4味抗癌中药来控制肿瘤的发展，但她不主张对在化疗期间的患者使用。她认为抗癌中药一般有祛邪伤正之弊。而化疗的毒副作用已严重损害患者的正气，此期应顾护正气，以扶正为主，不能再进一步攻伐。此外，现代研究也表明，扶正中药具有调节机体免疫、调节内分泌、改善骨髓造血机能、改善机体的物质代谢、调节细胞内的cAMP/cGMP的比值和直接抑制瘤细胞增殖等方面的作用，能对放化疗起增敏作用。

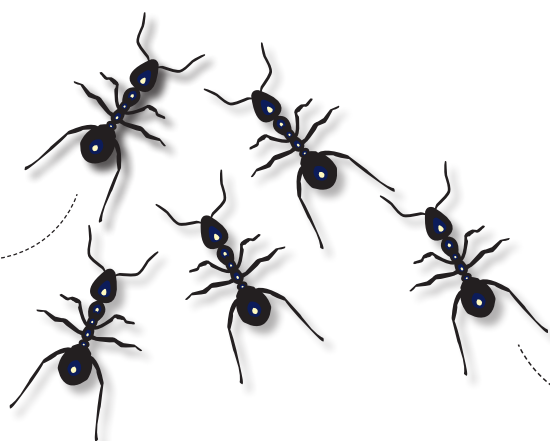
她较常用的抗癌中药是半枝莲、龙葵、八月札、白英和公英。

6 总结

导师治疗乳腺癌，常从肝论治，除了注意疏理肝气，更注重养肝阴。她以扶正祛邪贯穿整个治疗过程，除了辨证用药，同时也结合辨病用药，因此，常能收到预期的疗效。

吕仁和教授中医辨证 治疗糖尿病学习体会

新加坡·陈金凤



在接触较多的糖尿病病例之后，引起我对辨证治法的思考，常有所困惑，只好再去学习、探讨。糖尿病的临床表现见于中医典籍“消渴”范畴。而且提出“三消”治法，例如清代《医学心悟》：“三消之证，皆燥热结聚也，大法治上消者，宜润其肺，兼清其胃，二冬汤主之，(天冬二钱、麦冬三钱、天花粉一钱、黄芩一钱、知母一钱、荷叶一钱、人参五分、甘草五分) 治中消者宜清其胃，兼滋其肾，生地八物汤主之(生地三钱、山药钱半、知母钱半、麦冬三钱、黄芩一钱、黄连一钱、黄柏一钱、丹皮钱半、荷叶二钱)；治下消者，宜滋其肾，兼补其肺，地黄汤、生脉散主之。夫上消清胃者，使火不得伤肺也；中消滋肾者，使相火不能攻胃也；下消清肺者，滋上源以生水也。三消之治，不必专执本经，但滋其化源，则病易瘥矣”。现代中医已称糖尿病为消渴病。(若广义理解，消渴只是症状，也可

出现于别的疾病)。随着社会发达，糖尿病患者越多，常有人称糖尿病为“富贵病”，而早在《内经·奇病论》记载“此人必数食甘美而多肥也，肥者令人内热，甘者令人中满，故其气上溢，转为消渴”。《素问·腹中论》：“夫热中，消中者，皆富贵人也”。

近代医家提出的如病因如：阴虚、燥热、肾虚、肝郁、血瘀、痰阻等等，甚至糖尿病的并发症，也可散见于古代医家著作，如：《丹溪心法·消渴》：“酒面无节，嗜嗜炙煖……于是炎火上熏，脏腑生热，燥热炙盛，津液干焦渴饮水浆，而不能自禁。”《灵枢·五变篇》：“怒则气上逆，胸中积热，血气逆留……血脉不行，转而为热，热则消肌肤，故为消瘴”。唐容川《血证论·发渴篇》：“瘀血发渴者，以津之生，其根在肾……有瘀血则气为血阻，不得上升，水津因不能随气上布”。《刘河间·三消论》

说“消渴者，耗乱精神，过违其度，而燥热郁盛之所成也”。并提出“消渴一证可变为雀目与障”。《诸病源候论·消渴候》指出：“夫消渴者，久不治则经络壅涩，留于肌肉，变发病疽”。

糖尿病各种辨证类型，都是医家们临床实践总结出来的，具有高度概括性和理论性。反映了辨证的基本规律，每一个证型都隐含着最基本的病机、病变规律。不同医家都各具所长，辨证类型是医家们的临床心得。例如当代医家吕仁和(北京中医药大学东直门医院教授、博士生导师)，精研《黄帝内经》，并结合多年的临床经验，对糖尿病从中医观点进行分期探讨，提出脾瘅、消渴、消瘅3期。以下作简略分述，吕教授分析：

脾瘅的病因是数食甘美厚味，逐渐肥胖，出现口甘。由于饮食过盛造成脾热，影响了脾行五谷精气的功能因而五气之溢形成肥胖。津液停滞在脾，脾热致使胃热，多食、多饮，肥胖不断加重，使脾胃内热更甚，形成恶性循环。可类似于高胰岛素血症的肥胖者。此期甘甜之气“中满”，若尚未上溢，则似糖尿病前期血糖调节受损、血糖水平已经超过正常值，但还未升至能够诊断为糖尿病的标准。

脾瘅期的患者最重要是：饮食总热量的控制、适当运动、保持良好心态。

脾瘅期中医辨证分型——

1. 阴虚肝旺者：常有心烦急躁。宜养阴柔肝，少佐去火。处方：生地、玄参、麦冬、赤白芍、何首乌、黄连、山栀。
2. 阴虚阳亢者：常有急躁易怒，头晕目眩。宜滋阴潜阳，少佐清热。处方：生地、玄参、麦冬、生石决明、珍珠母、牛膝、黄芩、黄柏、知母、葛根、天花粉。
3. 气阴两虚者：多见乏力汗出，怕热，舌红，脉细无力。宜益气养阴。处方：沙参、麦冬、五味子、黄精、玉竹、生地、赤芍、夜交藤。

消渴期即糖尿病的发病期。在脾瘅甘甜之气中满后，加上肥生内热，导致中满甘甜之气上溢，转为消渴，则多食、多饮、多多尿，疲乏等症状，很似糖尿病前期向糖尿病进展时的血糖变化，即静脉血浆糖空腹，或餐后2小时检测，空腹超过7.0mmol/L，餐后2小时检测超过11.1mmol/L。

消渴期也属糖尿病无并发症期的出现是在脾瘅的基础上，脾热不减，二阳结滞，饮食旺盛，大便不畅，复加精神紧张，使甘甜之气过满上溢而成。病情稳定时，可见到气阴两虚、肝肾阴虚和脾肾阳虚3种基本证型。病情波动时，在基本证型的基础上，可见到征候有：(1)二阳结热；(2)阴伤燥热；(3)肺胃实热；(4)气郁化热；(5)脾胃湿热；(6)食积痰热；(7)热毒所伤；(8)酒毒所伤。消渴期的二阳结热是(足阳明胃、手阳明大肠)结滞化热，出现消谷善饥、尿多、饮多、大便秘结，进而疲乏消瘦。《素问·阴阳别论》：“二阳结谓之消”，“二阳之病发心脾”。《素问·奇病论》告知我们：因脾热数食甘美而多肥，肥生内热，甘令中满，脾热未消，复加心热，诸多结热，既耗气，又伤阴。故临床常见有气阴两虚；素体阴虚者多表现为肝肾阴虚；阴损及阳，素体脾弱者可导致脾肾阳虚。

分型治法——

一. 气阴两虚：疲乏无力，不耐劳作，口渴喜饮，口干咽燥，心烦少寐，大便干稀无常，小便频多，舌胖淡红，苔少，脉细无力。益气养阴：黄精30克，生地10克，木香10克，黄连10克，麦冬10克，枸杞子10克，地骨皮15克，生、炒薏米各15克，生、炒山药各15克。

二. 肝肾阴虚：怕热喜凉或有盗汗，急躁易怒，五心烦热，咽干舌燥，头晕目眩或双目干涩，目圈暗黑，便干溲黄，舌质瘦红，苔少，脉细而数。滋补肝肾：菊花10克，枸杞子10克，黄精15克，山茱萸10克，生、熟

地各10克,地骨皮20克,知母10克,黄柏10克,栀子10克,丹皮10克,吴茱萸3克,仙灵脾10克。

三、脾肾阳虚:食后腹胀,大便常溏,纳食不香,疲乏无力,畏寒肢冷,腰膝酸痛,丧失工作能力,性功能减退,舌胖苔白,脉沉细缓。健脾补肾:炒山药10克,猪苓20克,山茱萸10克,木香10克,黄连10克,蜈蚣3条,秦艽15克,狗脊10克,续断10克,赤、白芍各15克,炒薏米20克。

消瘴期 即糖尿病并发症出现期。消瘴经由脾瘴、消渴的过程发展而来,此期可并见偏枯、扑击(脑血管病)、痿厥(周围神经病变)、气满发逆等并发症。吕仁和教授认为消瘴的基本病因是一,五脏软弱,正气不足;二,多食肥甘,陈1气未除;三,抑郁多怒,血脉不行。其基本病机有三:一是气阴虚;二是火热;三是瘀血。而消瘴病位在血脉,火热与瘀血随脉上下,传至正气不足、脆弱的脏腑及外周组织器官,转变为心、脑、肝、肾、目、皮肤等各种并发症。防治方面仍然饮食运动起居的合理性,调节情志,平和心态。消瘴患者往往有一种并发症为主,多种并发症并存。吕老主要是采用对病分期辨证论治、对症辨证论治和到症辨病与辨证相结合等论治方法。如以糖尿病肾病辨证为例:

早中期分虚证四型一

I型(肝肾气阴虚)腰膝酸软,疲乏无力,头晕目眩,烦热多汗,双目干涩,视物模糊,大便秘结,舌红苔黄,脉弦细数。治法:益气养阴,兼补肝肾,佐以清热:益气养阴汤吕老验方:黄精15克、生地20克、山茱萸10克、旱莲草20克、女贞子10克、枳壳10克、黄连10克、何首乌15克、牛膝20克。水煎后送服杞菊地黄丸。

II型(肺肾气阴虚)胸背腰膝酸痛,神疲乏力,声低懒言,易于感冒或有咳嗽气短,手足心热,大便干,舌红苔黄,脉细数。治法:补养肺肾汤验方:沙参30克、麦冬10克、

玄参20克、生地20克、山茱萸15克、黄连10克、地骨皮30克、枳实10克。水煎后送服麦味地黄丸。

III型(阴阳两虚)腰腿酸痛,神疲乏力,怕冷怕热,手足心热而手足背令舌胖有裂,舌苔黄白,脉滑细数。治法:验方调补阴阳汤:党参15克、当归10克、生地15克、金樱子10克、芡实10克、旱莲草20克、女贞子10克、黄连6克。水煎后送服金匱肾气丸。

IV型(脾肾阳虚)腰背肢体酸疼沉重,肌瘦无力,纳后腹胀,畏寒肢冷,手足浮肿,大便常溏,舌胖嫩,苔白滑或腻,脉滑数。治法:益气健脾,助阳补肾:验方健脾补肾汤:生黄芪30克、苍术10克、猪苓20克、木香10克、黄连10克、陈皮10克、半夏10克、砂仁6克、厚朴3克、金樱子10克。水煎后送服济生肾气丸。

若见标实兼夹证,如血脉瘀阻口唇舌暗,加丹参、三七、或川芎。水饮停聚,主方中加桂枝、茯苓、白术、泽泻。湿热中阻胀满,恶心身倦沉重苔黄腻。宜清化通利法,可用茵陈蒿汤合平胃散化裁。若湿热下注腰腿沉重尿不爽,便秘,苔黄白厚腻,宜化湿清利法,用四妙散加狗脊、木瓜、续断、生大黄。肝郁气滞者宜舒肝解郁法四逆散合丹栀逍遥化裁。若见外感热毒,咽喉肿痛,发热恶寒,便干,尿黄,舌红,苔黄,脉浮数,宜用清热解毒法,如银翘解毒散。

发展至中晚期的糖尿病肾病,肾脏生理功能和内分泌功能损害逐渐加重,机体在排泄代谢废物和调节水、电解质、酸碱平衡等方面出现紊乱。临床表现复杂多变,应该积极应用现代医学措施治疗。从中医角度看,此阶段肾脏损害日益加重,浊毒壅滞是患者的共同病机。吕老将之分为虚证五型:

I型:(气血阴虚,浊毒内停)神疲乏力,面色苍黄,苔黄,脉弦细数。治法滋阴降浊,益气养阴,方药:杞菊地黄丸每日2~3次,八珍汤合调胃承气汤加减水煎后送服(当归10

克、川芎10克、白芍30克、太子参20克、(或红参5克配黄连),猪苓20克、白术6克、炙甘草6克、牛膝30克、熟大黄10克、元明粉3克、生大黄8克(后下,得便溏后减量)。

II型:(气血阳虚,浊毒内停)神疲乏力,手足浮肿,畏寒肢冷,肤色苍黄,粗糙,时有恶心,舌胖暗淡,边有齿印,苔白,脉细。治法:益气养血,助阳降浊。方药:当归补血汤,八珍汤合温脾汤加减,水煎后送服济生肾气丸(生黄芪20克、当归10克、红参5克、猪苓20克、苍术10克、甘草6克、川芎15克、熟地15克、砂仁9克、赤白芍各15克、制附片5克,或用冬虫夏草2克、熟大黄8克。)

III型(气血阴阳俱虚,浊毒内停)面足浮肿,不耐寒热,肤色苍黄,肌肤甲错,时有恶心,舌胖有裂,舌苔黄白,大便干稀无常,脉象弦滑。治法:调补气血阴阳、降浊利水。(方药:生黄芪30克、当归10克、白芍20克、熟地15克、红参6克、山药20克、苍术6克、黄连6克、黄柏10克、牛膝20克、山梔10克。)

IV型(肺肾气血阴阳俱虚,浊毒内停)腰腿酸痛,胸闷咳嗽,心悸气短,神疲乏力,不耐寒热,大便干稀无常,口唇舌暗淡,脉滑数。治法:调补气血阴阳,清肺益肾降浊。方药:(验方,桑白皮20克、沙参20克、黄芩10克、麦冬10克、五味子10克、当归10克、陈皮10克、桃仁10克、杏仁10克、熟大黄10克、(冬虫夏草1克、西洋参2克、另炖兑服)

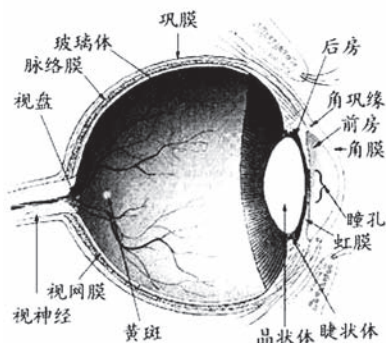
V型(心肾气血阴阳俱虚,浊毒内停)胸背腰酸腹胀,神疲乏力,心悸气短,时有心痛,全身浮肿,不能平卧纳谷不香,口唇舌暗脉数。治法:益气养心,活血降浊。方药:(验方,太子参30克、当归10克、麦冬10克、五味子10克、丹参30克、川芎15克、泽泻20克、葶苈子20克、车前子30克、佛手10克、香橼10克、大枣5枚。)

消瘕期 若气血尚未败坏,虽病久尚可治,否则,多预后不良。如晚期的糖尿病性心脏病可表现为心梗塞、心力衰竭、猝死等。晚

期糖尿病性肾病可表现为肾衰竭及尿毒症。糖尿病性视网膜病变晚期可导致失明。糖尿病足晚期可导致肢体残废。

本人经过再三的学习,体会到糖尿病证型的“多姿多彩”,甚至可以无穷尽,但我们在临床工作过程中,只能作为参考和借鉴之用,从未有可以验方对号入座的病例。因为不同的病人,所反映的证候具有不同病因、病位、病性、病势、体质、精神情志、环境及饮食劳逸等多种差异。不少病人来求诊之前已服用西药。例如有一女性患者,60多岁、患2型糖尿病5年,服降血糖西药,但血糖仍反复,曾在本院就诊一段时间。到我为她看诊,临床表现口不甚渴,胃纳尚可,但食饱胃闷,喉咙有痰,大便软,夜尿5~6次。舌淡红有瘀点,苔薄白,脉细滑。现场检测血糖:(下午2点吃糙米饭,晚上8点(空腹)血糖8.2mmol/L),血压140/70mmHg。辨证:脾虚痰阻,肾气失司,津液欠运,治法:健脾益肾,兼保气阴,化痰稍佐化瘀。处方:六味地黄合香砂六君化裁:熟地15克、淮山15克、山茱萸9克、菟丝子10克、桑螵蛸10克、黄精12克、太子参12克、丹参10克、白术15克、茯苓15克、陈皮6克、半夏9克、木香6克、砂仁6克。每诊7帖。第2诊:食饱胃闷改善,夜尿减少为4次。晚餐吃砂锅饭后检测血糖12.0mmol/L。第3诊:痰减少,胃闷继续改善,夜尿2~3次,血糖检测:(下午3点半吃饭,晚上8点半血糖6.9mmol/L)。第4诊:症状平平。患者晚餐吃鸡饭后2小时半,血糖检测15mmol/L。(患者当场即显得忧心忡忡,后悔饮食不当。嘱患者:保持心境平和,以免受情志影响,使病情更复杂化。)

不同的个体,不同的时间和地域,证候的表现形式、内容、所隐含的病机,都会发生一定的变异。临证时只能根据临床表现的综合和归纳,在辨证治疗时,注意因人、因时、因地制宜。



四部 中医眼科名著方剂 的比较研究

中国北京·任玲(韦企平 指导)

中医眼科文献丰富，浩若烟海的眼科方剂是中医学的宝贵财富，不同时期的眼科专著中方剂的遣方组药既是那个时代临证经验的积累和总结，又是当时眼科学术特长的具体体现。本文对近代和现代中医眼科四本专著中的方剂进行了归纳、比较和研究，旨在了解不同时代中医眼科组方用药，方药配伍的特点、共性和规律；期待对眼科同道了解、运用中医眼科方药有所启发。

1. 资料和方法

选择近代陆南山撰写的《眼科临证录》，姚和清的《眼科证治经验》，中国中医研究院广安门医院撰写的《韦文贵眼科临床经验选》，及清代黄庭镜的《目经大成》四部著作进行研究。

1.1 研究内容：四部著作中以方剂为重点进行比较研究，涉及内容包括方剂组成、剂型、所用药物分类、出现频率最高药物、药物配伍情况。

1.2 研究工具和方法：采用 Microsoft WindowXP-Professional; Microsoft Office Professional-Excel统计工具。将

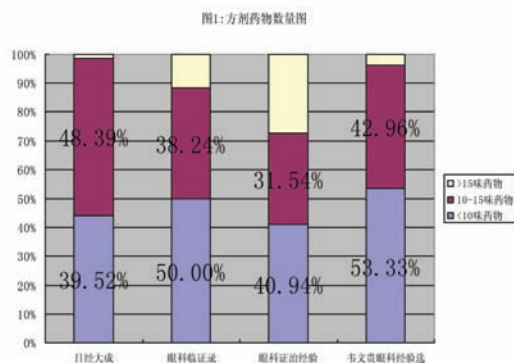
四部著作中收集的相关方剂资料进行数据来源分析及数据格式统一转换，以一个方剂为单元数据将其分为三类信息，即方剂组成、剂型、药物归类，并归纳总结出出现频率最高药、药物配伍情况等。根据研究目的及最终统计要求，分别设计不同分类信息表等ACCESS库信息表，各表之间通过关联建立联系，将原数据导入新建数据库中并对数据进行全面检查、核对、修订，以生成统计源，按方剂来源对统计源数据进行分组统计，最后经分析得出结论。

2. 结果

2.1 方剂组成：四部著作中以《目经大成》中载方最多，且方药剂型的种类最多。共计248方，内服方229个，外用方19个；剂型包括汤剂、散剂、丸剂、丹剂、膏剂、酒剂等种类。此书为清代眼科名医黄庭镜总结了清代以前的眼科学术成就，加上自身多年经验所撰，方剂多辑于前贤应用于内科的方剂。将内科证治理论同眼科理论融会贯通，把治疗内科杂症的方剂应用到治疗眼科疾病之中，建立了眼科与内

科整体辨证观念的纽带，将内科方剂运用于眼科，为后世眼科发展开创了新思维。

《眼科证治经验》共计149方，其中内服方113个，外用方36个；《韦文贵眼科临床经验选》共计135方，内服方123个，外用方12个；《眼科临证录》共计34方，内服方30个，外用方4个；该三部书在方药剂型上，均不同程度少于《目经大成》所载方药剂型。《韦文贵眼科经验选》中既载录了韦氏家系历代积累的自拟有效经验方，又收录了前人所创而为眼科常用的方剂。其中自拟方剂70个，占本书方剂总数的51.85%，且选方精炼、配伍精当、用之便捷。四部著作都有组成药物少而精炼的特点，以15味药以下的小方为主，大部分在10到15味药之间，超过15味药物的方剂多为需要久服或常服的丸药方。其中又以《韦文贵眼科经验选》用药最精炼，少于10味药物的方剂占50%以上，而多于15味药的方剂仅占3.7%。见图1

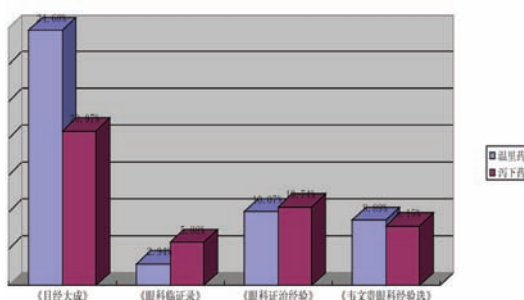


这体现了韦氏眼科用药以轻灵见长的特色。韦氏认为，组方时可用可不用的药物尽量不用或少用，自谓“用药之道，贵在切病”，即辨证准确，并对药物药性有透彻的了解，才能组方精要。

- 2.2 药物性能分类：按药物功效对四部著作中方剂里使用的药物类别进行统计。共同点是：使用频率最高的前四位均

为解表药、清热药、补益药、理血药。不同点是：①《目经大成》中温里药、泻下药的使用频率明显高于其它三部著作中同类药物的使用频率；②《目经大成》及《眼科证治经验》中均投用了攻毒杀虫药和拔毒化腐生肌药，而《眼科临证录》及《韦文贵眼科临床经验选》中均无此类药。见图2

图3:高频药物图二



四部书的方剂中常用的解表药为防风、羌活、荆芥、柴胡、蝉衣、升麻、桑叶、菊花、蔓荆子、薄荷、白芷等。解表药在眼科方剂中的作用可概括为：发散风寒或风热，解除表证；开发腠理，宣散气机，借其升散之性引诸药轻宣上行。其中柴胡、桑叶、菊花等是常用药，肝开窍于目，治疗目疾常需选用入肝经的药。如肝郁气滞或温病后期玄府郁闭所致的暴盲，常用柴胡疏肝解郁，菊花平肝明目。清热药为：黄芩、黄连、栀子、知母、夏枯草、龙胆草、草决明、谷精草、金银花、玄参等。清热药是治疗热性眼疾不可缺少的，如外感六淫邪气所致的目赤肿痛、眼胀欲突、热泪如汤、怕热羞明、口干唇燥、苔黄脉数等。但《目经大成》及《眼科证治经验》喜用苦寒直折法以清泻邪热，常用苦寒、苦燥的黄连、黄芩；《眼科临证录》和《韦文贵眼科临床经验选》皆认为眼属轻灵之腑，精微机巧，不耐苦寒克伐，故前者喜用甘寒的金银花、

玄参和甘凉的谷精草；后者多用较苦寒的黄芩、夏枯草、栀子和甘凉的草决明、谷精草，并认为病久需常服中药者更应注意药性的寒热温凉，以防损害脾胃。

该四部书补益药的运用均占很大比例，常用补气药有人参、黄芪、白术、山药、白扁豆、甘草；常用补血药有当归、熟地、白芍、阿胶、首乌、楮实子等；常用补阳药有菟丝子；常用补阴药是麦冬、石斛、枸杞子、沙参、女贞子、黑芝麻、桑椹等。四部书中用补益药的共同特点是：应用补血、补气、补阴药的频率高，补阳药使用少，鹿茸、鹿角、仙灵脾、巴戟天等温阳药的应用频率更低，而常用的菟丝子实际上以平补阴阳，填精为主。《素问》中曰“肝受血而能视”，目巧精明全赖肝血及肾精的充养，血与精属阴，眼科疾病虚证以阴虚多于阳虚，且阳虚多由阴虚发展而来，在治疗上以补阴为本。《韦文贵眼科临床经验选》中提到：补阳之品多燥烈，妄用会引动相火，于治疗无益，反而相火炎炎，热灼阴伤，肾精受伐，造成恶性循环。故温阳壮阳的药品不宜为眼科常用。

该四书中理血药最常用的为赤芍、川芎、丹皮、茺蔚子、桃仁、红花、丹参、三七、蒲黄等。

眼科血症者常用理血药，眼底出血者，根据唐容川“离经之血便是瘀”的观点，辨证以局部血瘀证为多，常用凉血、活血、散瘀法，故四部书中理血药都有广泛应用。

2.3 药用部位分类：四部著作中均常用到子类药、花类药、虫类药。《韦文贵眼科临床经验选》中使用子类药频率最高。医家认为“诸子明目”，药理研究表明，子类药多含有蛋白质、糖类、脂肪酸、多种维生素及微量元素，如枸杞子中含多糖、核黄

素、胡萝卜素、亚油酸等，五味子中含五味子素、有机酸、维生素等，青葙子中含 β -谷甾醇、有机酸、硝酸钾等。但韦氏认为，子类药入方也需要以法统方，辨证组药，并非以子类药堆砌即有良效；子类药明目有别，车前子、地肤子、决明子、青葙子、槐角子性味甘苦偏凉，以清泄为主，菟丝子、枸杞子、女贞子、楮实子性味甘平，以滋补肝肾为主，五味子、金樱子、莲子、覆盆子味甘酸涩，性温或平，以收涩为主；此外，子类药既明目，又可治兼证，如眼病兼有风热头痛、目睛内痛可加蔓荆子，老年眼病兼有便秘者可加决明子，精气耗散瞳仁散大者可加五味子、覆盆子等。

《眼科临证录》中使用花类药的频率最高。常用的有金银花、菊花、密蒙花、旋复花等。“诸花皆升旋复独降”，意即花类药都有调理气机的作用，大多使气机上升；在方剂中运用花类药，特别是与质重主沉降的药物同用，可使全方有升有降，气机宣达，还可引药力上达目窍；菊花、密蒙花又可入肝经，清泄肝热，可治疗肝火上炎导致的目疾，故为眼科常用。

其他如《眼科临证录》中运用虫类药的频率最高，常用的有蝉蜕、白僵蚕、地龙、全虫、蜈蚣、廋虫、水蛭等，而出现频率最高的为蝉蜕，是治疗外障疾患散风退翳必用之品。《目经大成》中用的虫类药种类最多，除上述常用虫类药外，尚包括斑蝥、青娘子、红娘子、野蚕、花蜘蛛等；该书处方多源于内科方剂，借用了部分前贤治疗内科杂病顽症多加虫类药的学术观点，但随着现代中药毒理药理实验研究的进展，大多学者认为这类大辛大毒药物不宜多用常用。

2.4 药物配伍情况：四部书中方剂组药常用的配伍形式有：(1)解表药配清热药，解

表药开发腠理，宣散气机，借其升散之性引清热药的药力轻宣上行，而清热药多性寒主降，与升散药配伍，一升一降，调理气机，使全方不失偏颇。解表药与清热药配伍，避免了过于寒凉易致邪气冰伏，邪不易去，也避免了过于辛散而损气耗阴，正气亏伤。(2)解表药配补益药，通常解表药多于补益药，即在疏风解表的同时，酌情加入几味补益气血的药，使其正气充足，有助于祛邪外出。若是解表药少于补益药，即在补益气血或滋阴填精的同时加入几味宣散的药品，可使补而不腻，且气血阴液得以上升以充养清窍。(3)解表药配理血药，解表药配活血药，属于“相使”的配伍，即起到行气活血之作用，气行则血行；解表药配伍止血药，属于“相恶”的配伍，以解表药的宣散克制止血药的收涩太过或凉遏太过，以防留瘀。(4)补益药配清热药，该两类药相配实际上是滋阴清热、益气清热、养血清热不同治法的随证变通。实热时火邪易伤津化燥，故需要清热养阴或清热生津；虚热多因阴津不足或阴血亏损引起，更宜滋阴养血与清热同用；临证无论益气补血或滋阴补阳，为防补益太过化热，宜配伍清热药以反佐；清热药中夏枯草、谷精草、密蒙花、决明子皆能清肝火而明目，为眼科常用，与补益肝肾的药配伍可补肝肾而明目。(5)补益药配理血药，是养血活血、益气活血、滋阴活血法的具体应用。眼外伤、眼球内异物、视网膜剥离术后恢复期，辨证属气虚不能摄血或阴虚津枯血亏者，可用补中益气汤或杞菊地黄汤类方剂化裁，根据不同证型配伍不同理血药，即可以通助补，又能借补阻通，前者如撞击青盲属气虚血瘀证，在应用活血药物的同时，配伍重剂黄芪、太子参、党参类益气药物以加强益气活血，开窍明目；后者如眼底出血属脾虚不能摄血，血溢脉外时，

当务之急是补气健脾摄血，而所加止血药为辅助之品。

3. 结论

本文通过对前列四部中医眼科著作中共计566个方剂进行统计归纳和比较分析，初步显示随中医眼科从中医内科中“脱胎”独立成专科，眼科的方剂特点也逐渐显示出与内科的不同，其方剂的发展方向是组方更精炼，用药更轻灵，配伍更具专科特色。内科方剂中习用的大热、大辛、大寒、大毒等性猛峻烈的药物在眼科主流方剂中较少用或不用。而子类药、花类药、部分少毒虫类药则在眼科常用。眼科方剂中常用的中药为解表药、清热药、补益药、理血药，常用的配伍方式为解表药配清热药，解表药配补益药，解表药配理血药，补益药配清热药，补益药配理血药。这些常用药及常用配伍规律体现了眼科证治的共同组方思路，可以作为现代医家临床遣方用药的参考。

参考文献

- [1] 姚和清，编著(姚芳蔚整理). 眼科证治经验〈M〉. 上海科学技术出版社, 上海: 1979.
- [2] 陆南山, 编著. 眼科临证录〈M〉. 上海科学技术出版社, 上海: 1979.
- [3] 中国中医研究院广安门医院, 编. 韦文贵眼科临床经验选〈M〉. 人民卫生出版社, 北京: 2006. 4 黄庭镜, 著(李怀芝, 郭君双, 郑金生整理). 目经大成〈M〉. 人民卫生出版社, 北京: 2006.

几种眼病的针刺治疗



中国天津·杨光

针刺治疗眼病早在《内经》中已有记载：“邪气客于足阳跷之脉，令人目痛从内眦始，刺外踝下半寸所各二瘖”（《素问缪刺论篇》）。至《针灸甲乙经》“足太阳阳手少阳脉动发目病”篇，记载了更多眼病的针刺取穴，如目中赤痛、青盲、目眩不能视、目不明、目中白膜等十余种。以后的针刺专著如《针灸大成》、综合类医学著作如《肘后备急方》、《千金方》、《圣济总录》、《圣惠方》等均有针刺治疗眼病的内容；眼科专著如《秘传眼科龙木论》、《银海精微》、《目经大成》等记述更详。《儒门事亲》及《十行三疗》（《医方类聚》引，作者及成书年代不详）中，已有针刺治疗眼病的成功病案记录。从近年的文献看，针刺治疗的眼病达几十种。笔

者认为针刺疗法在眼病治疗中有时是起主要作用，有时起辅助作用，以下几种眼病可以单独使用针刺治疗，疗效可靠。

一、麻痹性斜视

中医称视一为二、风牵偏视等。俗称眼中风。临床分第Ⅲ颅神经（动眼神经）、第Ⅴ颅神经（滑车神经）、第Ⅵ颅神经（外展神经）麻痹等，共同特征是突然发病、双眼复视、眼球向一定方向运动受限等。临床经MRI等检查排出颅内占位、动脉瘤等所致者后，绝大部分经针刺治疗可以治愈。西医认为本病可自愈，但临床上自愈者要3—6个月，而针刺治疗约

70—90%的患者在针刺2—3个疗程(疗程：每天1次，12天)治愈。最快一周，最慢4个月左右(因糖尿病而致者)。

针刺方法：

A. 常规取穴：项部穴(风池、完骨、天柱等)，眼局部穴(太阳、球后、承泣、上睛明、瞳子髎等)

B. 眼肌直刺法：表面麻醉后直接刺激麻痹肌于眼球的附着点。隔日1次。

说明：

1. 近年发现，青少年用眼过度(如电脑上网等)可以导致典型的麻痹性斜视症状，大多数针刺一周左右治愈。
2. 外伤性者，早期治疗效果良好。但有一二年后来诊，治疗仍然有效者。但总体上说疗效不稳定。
3. 极少数无效者为：脑瘤、血管瘤、严重的糖尿病患者。

二、脑病后(中风、外伤等)视野缺损

外伤、中风、脑瘤术后等，损伤枕叶，常常导致视野缺损或视力丧失，西医之神经内外科在治疗原发病后即“完成任务”，而眼科往往认为其病因在脑而拒绝治疗。患者也多认为脑病业已治疗，保住性命已是万幸，对眼部问题往往放弃治疗。另外许多患者在患病后数月、一二年后才来眼科求治，已错过最佳治疗时机。

本病诊断明确，即：有脑外伤、脑卒中、脑手术史等并存在视力视野损害；CT/MRI检查可见枕叶病变。

针刺方法：

A. 常规：项部穴(风池、完骨、天柱等)、

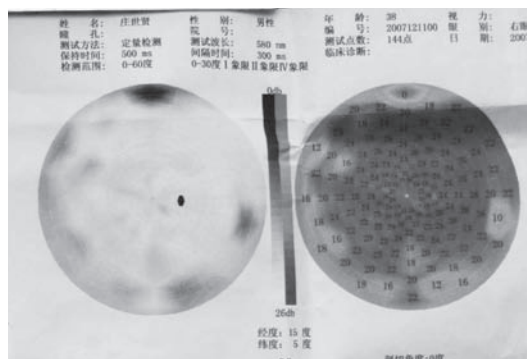
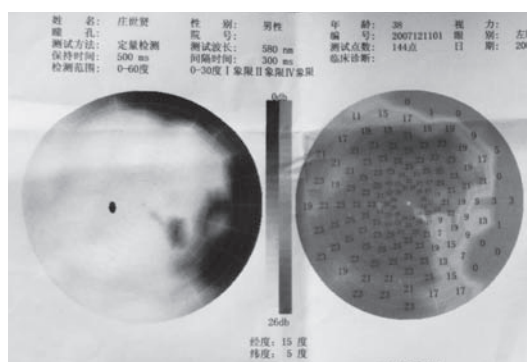
面部及眼局部穴、头皮针之视区。可根据个体情况配合肢体穴。

B. 石学敏院士之“醒脑开窍针刺法”，用于原发病后恢复早期(一个月之内)。

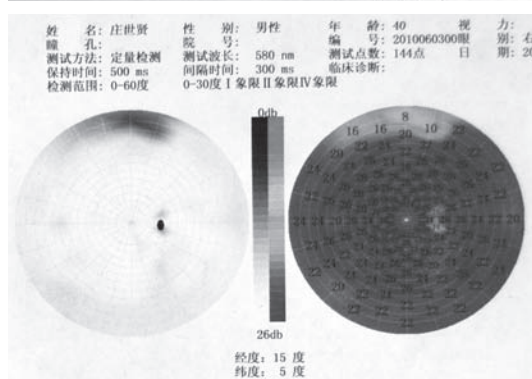
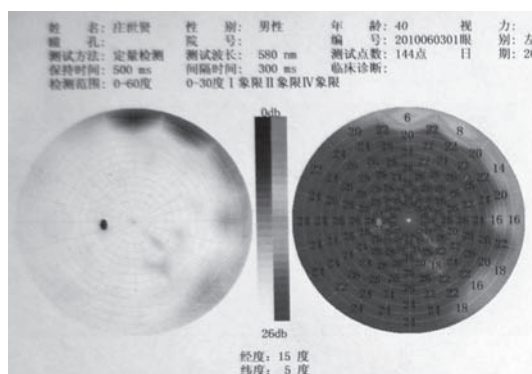
说明：

1. 本证应坚持治疗至少3个月。临床发现有的患者治疗一二年后仍能不断改善。
2. 典型病例：男40岁，商务人员，突然中风，诊为左顶、枕叶梗塞。经内科、针灸科治疗肢体异常恢复，遗留视野异常(见图)。遂至中医眼科行针刺治疗，针刺取穴：风池、完骨交替，睛明、上睛明交替，球后、承泣交替，配合百会、合谷、太阳等。初期每日一次，一个月后每周2—3次。数月后视野缺损明显改善。(见图)

针刺前



针刺30个月后

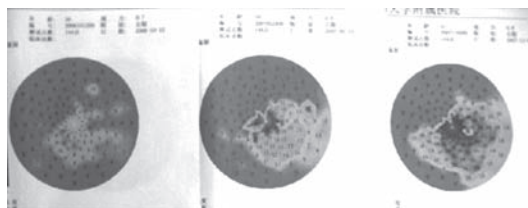


说明:

1. 治疗中应经常观测眼压及视野,发现眼压控制不好者应加用降眼压药。
2. 坚持治疗至少6个月以上。
3. 视力低于0.1者疗效较差。

典型病例: 女54岁诊断青光眼2年已经用前列腺素类眼液,眼压下降,一般波动于12~18mmHg之间。视力: 右0.4, 左0.1。眼底: 明显青光眼视盘改变,边界清,颞侧凹陷明显, C/D, 右0.6, 左0.8。视野, 左眼查不出, 右眼明显异常(见图)。针刺治疗后视力右0.8, 左0.3。视野, 左眼无变化, 右眼明显改善, (见图)。

治疗前、治疗8个月后、13个月视野比较。



三、控制眼压的青光眼

青光眼是以眼压绝对或相对升高造成视神经及视功能损害的眼病,是临床眼科常见的危重眼病。西医主要以药物或手术治疗,控制眼压。特别是手术后,如果眼压已得到控制就认为已达到治疗目的,即视功能不再继续受到损害。对已经形成损害,如视力下降、视野缺损则认为无法恢复,即便是治疗,也多是给与维生素等敷衍。笔者早期观察证实,针刺后并不能稳定地使眼压有效下降,但对已控制眼压者有较好的提高视力、扩大视野作用。

针刺方法:

眼局部取穴与项部穴为主,配合足三里、三阴交、肝腧、肾腧、外关、合谷等。开始每日1次,见效后可每周2-3次。

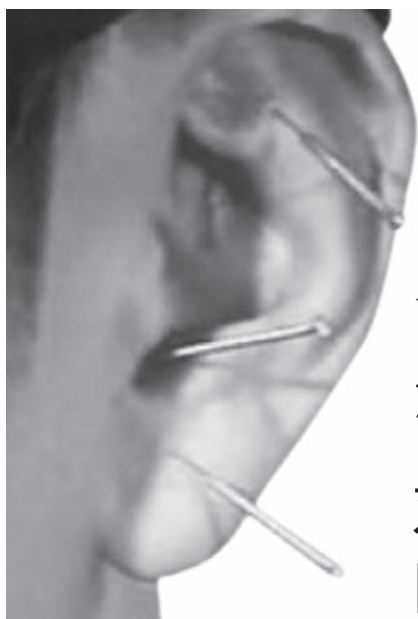
四、视神经萎缩

本病针刺治疗报道较多,受病因复杂多样、个体年龄、病程、病变程度差别等因素影响疗效差异较大,有的可能非常理想,有的可能久治无效,以我科近20年临床资料看,单纯以视力提高为有效的话,单纯针刺有效率约近60%,针刺配合中药(输液、口服)有效率大约76%。

针刺方法:

以眼眶内穴、颈项部穴为主,可配合肢体、背俞穴

注意: 针刺应坚持较长时间,数月甚至数年



耳针 沿皮透穴刺法

对多种痛证及功能障碍的 随机对照临床研究

中国河北·贾春生

耳针沿皮透穴刺法,是利用毫针从耳穴穴区的一端刺入,沿着皮下与皮下软骨之间通贯一个或多个穴区的耳针针刺方法。在十余年的临床应用与研究中,我们采用耳针沿皮透穴刺法,系统观察了本法对颈椎病、肩周炎、腰腿痛、偏头痛等多种外周神经痛,以及脑中风后遗症、软组织损伤等病症的快速镇痛效应及快速恢复肢体功能的效果,发现本法与临床常用的耳针直刺法相比,操作更加简便,且疗效确著。

1. 耳针沿皮透穴刺法的操作方法

耳针沿皮透穴刺法多适用于耳郭的耳舟部(耳穴上肢区)、对耳轮的上、下脚部(耳穴下肢区)、对耳轮部(耳穴躯干区)、对耳屏后下方(耳穴枕、颞、额区)。针具一般采用规格为 $0.30 \times 25\text{mm}$ 的一次性毫针,或颗粒型皮内针。

针刺前耳穴按常规消毒,用左手固定耳郭,拇指在前,食指和中指从后方将所刺穴区的耳郭局部顶起,右手拇、食、中三指持

针,从选定的某一穴点呈小于 10° 的角度刺入,然后沿着皮下与皮下软骨之间通达另一穴点的皮下;对于对耳轮部的较大的穴区,如果一针难以通贯全程,可采用2~3支毫针接力连续刺入,以通贯该穴区的全程。

留针期间可间断行小幅度的捻转手法2~3次,每次5~7下,以加强针感。期间即刻令患者活动患部,越是活动困难的动作,越要多加活动,根据患者的病情及体力,不断地或间歇地活动病患部位。留针时间一般为30分钟。

耳针取穴:根据疼痛或功能障碍的部位选取耳穴中相应的代表穴区。

2. 前期的临床初步观察

前期,为了解耳针沿皮透穴刺法对多种外周神经痛等病证的快速镇痛效应,我们设计采用了一次治疗前后自身对照的方法,意欲避免其他治疗以及自行缓解等多种因素对疗效的影响。“快速”的时间规定为当进针后至留针30分钟之内。研究中除了纳入不同疾病的临床疗效评定标准外,对针刺前后疼痛程度的评价采

用简化 McGill 疼痛评分表中的“现有疼痛强度(PPI)”对疼痛强度的评分标准。本标准分为6个等级,分别是无痛-0分,轻度不适-1分,不适-2分,难受-3分,可怕的疼痛-4分,极为痛苦-5分;凡在针后的30min内,疼痛强度的评分低于针刺前2分以上者为显效;低于1分者为有效;无改变者为无效。

临床观察的主要病种有:颈椎病、肩周炎、急性腰腿痛(包括急性腰扭伤、腰椎间盘突出症、坐骨神经痛、梨状肌损伤综合症、膝关节滑膜炎、风湿性膝关节炎、髌关节痛、踝关节扭伤等)、急性与陈旧性软组织扭挫伤、包括颈、肩、肘、腕、腰、臀、踝等7个部位扭挫伤,中风偏瘫。临床观察表明,耳针沿皮透穴刺法对上述病症具有明显的快速镇痛和改善肢体活动的作用。

3. 后期的临床系列研究

在前期研究的基础上,我们认识到耳针沿皮透穴刺法对多种外周神经痛和中枢性瘫痪具有显著的疗效。为了更进一步探索本刺法的临床应用优势,我们通过严密设计,进行了耳针沿皮透穴刺法与耳针直刺法,耳针沿皮透穴刺法与其他疗法的临床对照研究。

对所研究的不同病症分别制定相应的病例选择标准,包括诊断标准、纳入标准、排除标准;对治疗前后疼痛程度的评价采用国际公认的描述与测量疼痛的简化McGill疼痛评分表(简化MPQ)对入选的全部病例进行疼痛程度的评定。将获得的不同治疗方法治疗前与治疗后的疼痛积分分别采用质反应序贯试验、配对t检验及 χ^2 检验等统计方法进行分析。

如我们分别对颈椎病(颈型、神经根型)、肩周炎和腰椎间盘突出症进行了临床研究,探讨耳针沿皮透穴刺法与耳针直刺法对三种病症的快速镇痛效应。最终纳入颈椎病患者98例,肩周炎患者66例,腰椎间盘突出症患者92例,所纳入病例按性别、年龄和病情3个重要的预后因素一一配对,将每对受试对象按随机的原则

分到试验组和对照组。采用单盲法,试验组采用耳针沿皮透穴刺法,对照组采用耳穴直刺法。对三种疾病的研究结果均显示,耳针沿皮透穴刺法的快速镇痛效应优于耳针直刺法。

在应用本法对偏头痛的临床研究中,按照国际头痛学会(IHS)2004年修订的偏头痛诊断标准,纳入病例92例,采用随机数字表法按就诊顺序分为治疗组和对照组,每组各46例。治疗组主穴取耳穴额、颞、枕,采用透穴埋针法治疗,对照组口服尼莫地平。结果两组总有效率比较差异有统计学意义($P<0.01$),两组治疗6个月后评分均比治疗前降低,并且以治疗组降低更为明显($P<0.01$),两组总有效率比较差异有统计学意义($P<0.01$),表明采用透穴埋针法治疗偏头痛疗效更佳。

在治疗中风偏瘫的研究中,设计了耳针沿皮透穴刺法配合体针与头针合体针及单纯体针治疗对急性期脑梗塞患者肌力和神经功能恢复的疗效对比观察。将纳入的90例患者随机分为耳针组、头针组和体针组,每组患者各30例,其中耳针组采用耳针沿皮透穴刺法结合体针治疗,耳针主穴取枕-颞-额(患侧),上肢瘫痪配肩-锁骨、肘-腕-指;下肢瘫痪配臀-坐骨神经、髌-膝、膝-踝-趾。头针组采用头针结合体针治疗,体针组采用单纯体针治疗,三组患者每日治疗1次,连续治疗14天后,比较治疗前后三组患者肌力和神经功能评分变化,观察三组疗效差别。结果三组患者治疗后肌力及神经功能缺损评分比较均显示,耳针组、头针组分别与体针组比较差别均有显著性($P<0.01$),耳针组与头针组比较差别无显著性($P>0.05$);三组患者治疗前、后神经功能缺损评分比较差别有显著性($P<0.01$),治疗后均优于治疗前;而神经功能缺损评分总的疗效差别比较显示,耳针组、头针组与体针组间差别均有显著性($P<0.01$),耳针组与头针组间差别无显著性($P>0.05$)。表明耳针沿皮透穴合体针、头针合体针治疗对急性期脑梗塞患者肌力和神经功能恢复疗效优于单纯体针治疗。

火针技术操作的临床应用

中国北京·贺林

火针是古代针灸的一种针法，称蟠针、白针、烧针等，传承了几千年，几经兴衰，至民国时期已濒于灭绝。火针技术自上世纪中叶在老一代针灸学者的不懈努力下，逐步进入针灸临床，由于其独特的针刺方法和独到的针刺疗效，在现代针灸治疗中得到了新生。特别是近年来，随着火针针具的改良和火针适应症拓宽，火针技术得到了长足的进步。为了使火针刺法能健康发展、加快普及，发挥其临床中不可取代的治疗效果，2006年北京针灸三通法研究会接受“火针”技术操作规范标准制定的项目任务，成立了以国医大师贺普仁教授为核心的编写组。经过近两年的工作，完成了火针刺法技术操作规范国家标准制定的各项工作，并于2009年8月份作为推荐标准正式发布执行。

火针刺法技术操作规范是火针临床中操作的行为规范，是长期火针实践的科学总结，是火针针刺的安全保证。为了使本技术标准能在临床中得以正确使用和推广，讲解在临床中的应用。

一、火针操作规范的定义

从概念上确定了火针技术操作规范的施用范围，规定了什么是火针，什么是火针刺法，以及火针施术的基本形式和方法。

火针：用耐受高温并对人体无伤害的金属为材料，供烧红使用的针具。

火针刺法：烧红火针针体，按一定刺法迅速刺入人体选定部位的针刺方法。

二、施术前准备

施术前准备包括：1.火针针具的选择，

烧针工具的选择；2.针刺部位的选择；3.治疗体位的选择；4.治疗环境的要求；5.医者的消毒，针刺部位的消毒，火针针体的消毒。施术前的这些准备工作每一项都是施术能否顺利进行的重要因素，只有把准备工作做好，才能保障施术的安全进行，同时还可以减轻患者的针刺痛苦，提高针刺的疗效。

三、施术方法

1、施术步骤

(1) 烧针

(2) 进针

(3) 出针

火针的施术虽然只制定了烧针、进针、出针三个步骤，但其中的技术含量却是很高的，这三步包含了火针刺法的核心内容和全部精髓。

2、施术要求

我们把施术过程的基本要领总结为“红、准、快”三个环节。熟练掌握火针施术的基本要领，是有效火针施术的安全保障。

3、火针的常用刺法

不同的火针刺法，具有不同的治疗效果。不同的病症，应采用不同的针刺方法。在条款中规定了五种刺法，即点刺法、密刺法、散刺法、围刺法和刺络法，可根据临床具体病情选用不同的火针刺法。

(1) 点刺法

(2) 密刺法

(3) 散刺法

(4) 围刺法

(5) 刺络法:

四、施术后处理

施术后处理包括:

1. 消毒针具
2. 处置针孔

五、注意事项和禁忌

1、慎用火针的处理

对火针慎用情况的处理,我们认为从安全的角度出发,最好不要轻易施用。

2、医嘱

要求施术者必须向患者告知患者术后所要注意的事项,以确保火针施术后的安全。

六、资料性附录

- 1、资料性附录A: 火针针具
- 2、资料性附录B: 火针刺法适应症

七、操作规范应用中一些问题的讨论

火针刺法的操作标准作为一个技术标准的文本,在临床中应用中不可能解决火针施术的全部问题,作为一种古老的针刺方法在现代医疗中应用,有很多问题需要我们在实践中不断总结、不断发展、不断提高,逐步完善火针刺法的治疗体系。下面就我们认识到的一些问题悬谈我们的看法。

1、火针的功能问题

火针的能效归纳起来有四条:

- 1) 温补虚寒: 治寒湿外侵,痹阻经络的各种疼痛。
- 2) 渲泄实热: 治疗火热毒邪,乳痈、缠腰火丹及疔腮等。
- 3) 消散积结: 消散气血痰湿等积结而成的肿物、包块。
- 4) 开门祛邪: 火灼腧穴,针孔为门,驱邪外出。

2、火针的针具问题

下面就临床施术中有关火针针具的问题阐述我们的一些经验和看法。

- (1) 火针材质的选择
- (2) 火针规格的选择

3、针刺深度问题

《针灸聚英》中关于火针针刺深度有“切忌过深,深则反伤经络。不可太浅,浅则治病无功,但消息取中也”的论述。

4、火针刺法针刺距离问题

在密刺法、散刺法中,因病灶大小、体质强弱等因素,火针针刺距离变化很大,很难精确表述。

5、火针刺络法出血量问题

火针刺络是火针独特的刺法之一。在一般情况下,火针刺络的出血量,以古人描述的“血变而止”为基本原则。

6、火针留针问题

火针的留针刺法是发展火针技术,提高火针疗效,拓展火针治病范围的重要途径。但是由于具体留针时间、适应症范围、针具的使用、操作方法等问题还有待于进一步的探讨和完善。

7、火针治疗间隔问题

明朝针灸医家高武在《针灸聚英》中记述孙思邈的话云:“凡下火针,须隔日一报之”意为火针治疗须隔日治疗一次。

以上七方面的问题是我们在火针临床中经常遇到的问题,合理解决这些问题,实际上是火针施术在临床中的技术、技巧问题,我们认为火针施术者在娴熟掌握了火针技术后,对患者个体进行辨证施治都能恰当处理。

人类健康的新希望——舌针疗法

中国香港·孙介光

舌针疗法顾名思义就是在舌上针灸治病的一种方法。在舌上刺血或针刺原于《黄帝内经》时期，而成为针灸学的一部分却始于现代，先后出现管氏、任氏、盛氏等针法，还有刺咽、舌下、口针等疗法。而笔者试图研究用刺舌的方法来改变在舌诊中舌苔、舌质、舌形、舌色等出现的异常变化。那么矫正异常变化的过程，即治疗疾病的过程；这个过程就是孙氏舌针疗法的形成过程。笔者所创的从舌穴、定位、功能、刺法等均不同于其它针法，

在科学研究和临床应用上均形成了一套具有特色的新舌针疗法。

讲者根据临床实践及中医传统舌尖属心、中属脾胃、根属肾主的理论，结合现代最先进的功能磁共振(fMRI)、正电子扫描(PET)等科学手段，对舌针穴位进行部分定位学研究而完成。(见下图1和图2)

即舌背16穴与脏腑器官解剖相对应(见图1)

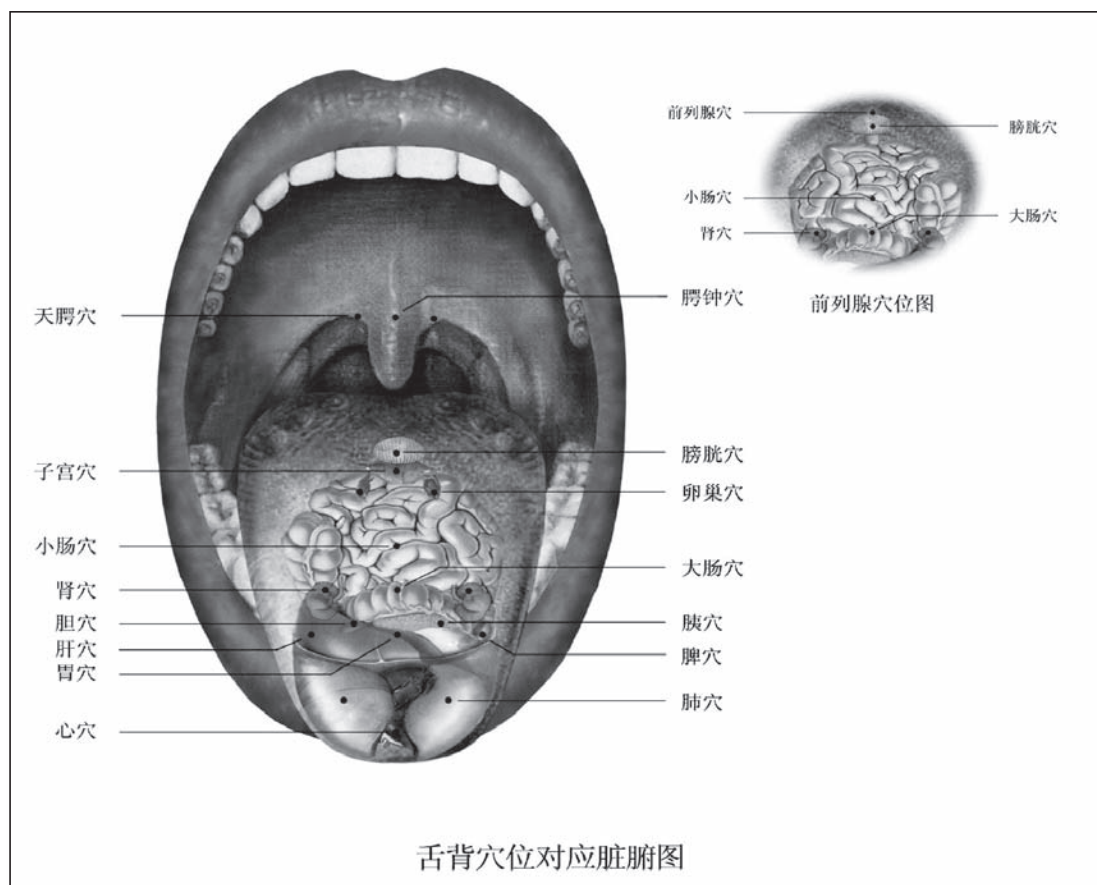


图1

舌下24穴(含唇部2穴),从舌尖到舌根为倒置人形,主要为脊柱、四肢及头部相应的舌穴区(见图2)。

舌针疗法适应症广,涵盖了心血管、脑神经、呼吸道、消化道、泌尿、内分泌等系统,外科、妇科及耳、鼻、眼、喉等五官科疾病,对世界上一些难治性疾病具有较佳的疗效。

舌针临床应用概述

在对125例因中风等致假性球麻痹,舌针在改善患者的研究中,总有效率为100%。孙介光,孙雪然等.关于舌针治疗假性球麻痹的研究.1994辽科鉴字268号

在对105例震颤麻痹(又称帕金森氏病)的临床研究中的结果观察,舌针在改善震颤、肌肉强直、功能障碍等病况,总有效率达96.19%。孙介光,孙雪然等.舌针治疗震颤麻痹的临床研究.鉴字(97)第081号

在舌针对超声心动图有关指标的测定中,舌针对舒张末期左室内径、左室容积、每搏量、每分心血输出量、射血分数、左室收缩平均射血率、二尖瓣关闭时间、短轴缩短率等均有明显变化。孙介光等.舌针疗法对超声心动图有关指标的影响.中国运动医学杂志,1995年14(1)

在正电子扫描(P.E.T.)研究中,发现舌针可引起人脑部葡萄糖代谢活动增高。在自闭症的研究中,我们取得了可喜的成果。另外对帕金森、小脑萎缩、小儿脑瘫、智力发展迟缓、视力障碍等病症,也获得了满意的成效。黄珍妮,孙介光.利用舌针治疗视障儿童的开创性研究.儿童神经病学期刊(加拿大,Journal of Child Neurology);杨炜秋.用正电子扫描(PET)验证舌针疗法.核子医学期刊(美国,The Journal of Nuclear Medicine)2006;黄珍妮,孙介光.用正电子扫描(PET)监测脑瘫病人的脑葡萄糖代谢变化.儿童神经病学期刊(加拿大,Journal of Child Neurology),

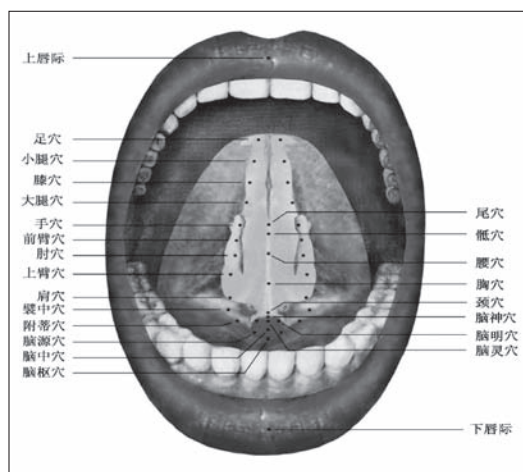


图2(舌下面穴位对应人体图)

2006年6月;孙介光,黄珍妮.用正电子扫描验证舌针对自闭症病患脑葡萄糖代谢的影响.另类及辅助疗法期刊(美国,Journal of Alternative and Complementary Medicine),正排刊出

舌针在治疗小儿脑瘫的临床研究中,治疗组在国际通用的大肌肉功能测量、自我照顾、行动能力、自理协调等均有显著提高。孙介光,黄珍妮.测试真、假舌针在改进脑瘫小童功能上的差别.神经学、神经外科及精神病学期刊(英国,Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry),2004年7月.此文为美国国家医学图书馆收藏

舌针在治疗小儿流口水上,也取得突破性成果,无论是视觉类似度平均值,还是流口水系数平均值、流口水分数平均值均有显著疗效。黄珍妮,孙介光.传统中医(舌针)治疗儿童流口水的观察.儿科神经学(美国,Pediatric Neurology),2001年7月

在舌针治疗儿童自闭症的临床研究中,舌针治疗组在言语、社交、认知等以及第二征兆:过度活跃、注意力集中、侵略性行为、情绪不稳、睡眠及自理等都获得了不同程度的改善。黄珍妮,孙介光等.舌针能帮助自闭症吗?·自闭症与艾斯伯格综合症文摘(美国,

Autism & Asperger's Digest Magazine),
2002年9—10月号

舌针疗法的PET脑葡萄糖代谢研究也取得了可喜的成果。

用PET观察舌针对自闭症患者脑功能的影响

- 共有21名病童参与实验。
- 治疗组中12位的其中5位(即42%)在最大及平均吸取量都有进步,而对照组却一位也没有改变,在统计学上显示的差别是明显的($P=0.0023$)。
- 在PET扫描中有显著提高的5个案例,他们的脑葡萄糖代谢的提升,跟他们在临床评估中同样显示的进步相吻合。见美国的《另类及辅助疗法期刊》
- 同时,在对脑瘫、视障、帕金森等症的PET研究中,脑葡萄糖代谢的提高与其病情好转呈正比。

fMRI在脑中风的研究

在实验中经甄选的42位病人,均为难治性中风,平均年龄为66.25岁,平均病程期过后17.89±2.45月,都已过了自我康复阶段。

经过舌针治疗后,在fMRI显像上也有显著的改变,针前在fMRI中无讯号的,针后有了讯号;针前讯号弱的,针后讯号加强了,并与临床评估进步是一致的。此论文已被美国的《另类及辅助疗法期刊》(*Journal of*

Alternative and Complementary Medicine)选用,正在排期刊出

在国家中医药管理局立项的科研课题《舌针治疗儿童脑病的机理及舌针穴位与脑区相关的研究》中,取得了舌区的一些脑部穴位与脑区相关的初步成果。

中国科学院院士、前香港大学校长郑耀中在2002年6月5日中科院院士大会宣读论文时宣布:“在磁共振用功能成像的办法对舌针病人进行跟踪观察研究中发现:因中风导致无法运动的病人的功能成像图中,大脑皮层活动中枢的神经活动点没有反应或微弱反应;在经过一段时间舌针治疗后,在图像上显示信号增强并趋向正常图像。这与该病人临床进步结果一致(见图4和5),这个试验,在世界上为首次,它直接验证了中国传统医学的针灸医术对治疗脑病恢复脑损伤的有效性,这一成果无疑是将传统中医推向现代化的一个里程碑。”孙介光,黄珍妮等。舌针对中风患者在功能磁共振上的观察。另类及辅助疗法期刊(美国, *Journal of Alternative and Complementary Medicine*)正在排期刊出

舌针疗法临床实践中的新发现

舌下囊肿与脑病有着内在的联系,为治疗脑病提供了根据(见下图1)。而在舌下伞襞(即上下肢穴)和舌系带(脊柱穴位)出现的阳性物(粟米粒大小的突起)与舌穴相对应解剖部位的病变有着紧密的联系(见下图2)。



图1脑病患者



图2关节损伤

舌下襞异常与脑病相关的临床观察

作者在临床医疗中发现, 在已确诊患有脑病的病人, 绝大多数有舌下襞肿胀。在临床观察的2496个脑病病患中, 舌下襞肿胀的有2392人占95.83%。在成人脑病的768人中(多为中风、脑供血不足、帕金森、老年痴呆等), 舌下襞肿的有722人, 占病人总数的94.01%。(见下图3和图4)



图3男36岁, 舌下襞未见明显改变。

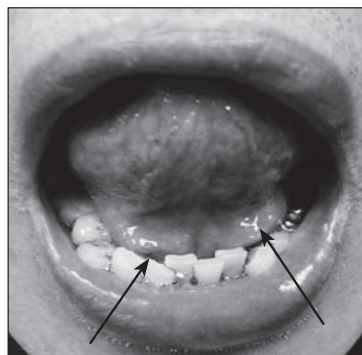


图4男71岁, 严重中风(脑出血)6年, 并发假性球麻痹。

在儿童脑病的1728人中(多为小儿脑瘫、自闭症、弱智等), 舌下襞肿的1670人占96.64%。(见下图5和图6)

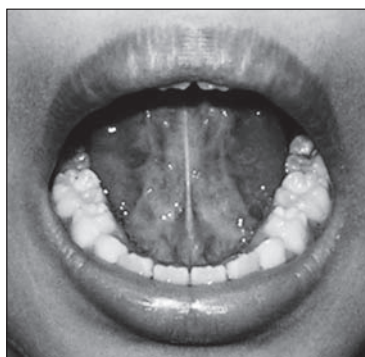


图5男9岁, 舌下襞未见明显改变。



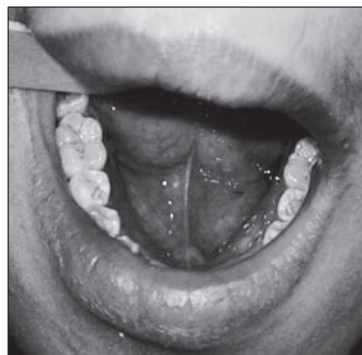
图6男4岁, 脑瘫(严重), 并有智力发展迟缓。

舌下襞肿胀程度和病情成正比。但随病情好转而舌下襞肿胀也逐渐缩小, 乃至恢复正常。(见下图7)

图7男20岁, 自闭症, 并智力发展迟缓。



舌针前



舌针后(明显缩小)

舌下穴位出现的阳性体征与人体相应解剖部位病变的关系

在《实用舌针学》一书的前言中曾记述了有关舌下伞襞、舌系带处出现的节结(粟米粒大小)与其解剖对应部位的疾病有关。

当时只是初步发现,经临床观察867例此类患者中,出现阳性体征的有803例,占92.6%。其中颈痛患者346例(阳性体征325例),占93.9%;腰痛患者197例(阳性体征183例),92.9%;肩痛及四肢痛324例(阳性体征295例),占91%。

此阳性体征是以结节性突起、索状突起及充血,一般出现在舌穴的脊柱四肢部位。(见下图8和图9)

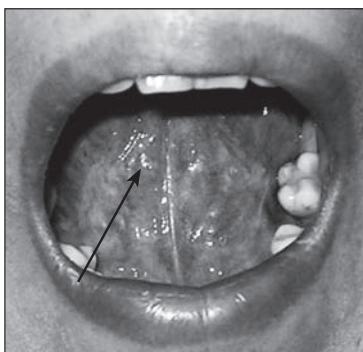


图8腰背痛

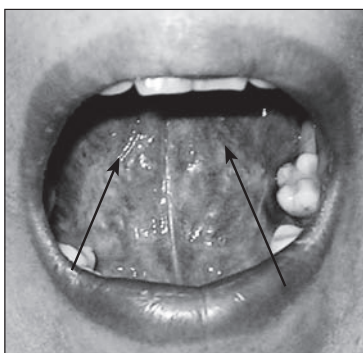


图9膝关节痛

舌针疗法的优势特点

- ① 针刺快、痛感小、无副作用、患者易于接受;
通常一次舌针治疗,不到一分钟即可完成,一般不留针,适合当代快节奏的生活方式;刺舌

痛感小,小童一般都不哭,患者易于接受;
舌针疗法后遗症小,只是极少的患者在针刺部位出现水肿、血肿、瘀血等情形。一般不需特殊处理,3—5日即可吸收。

- ② 舌针疗法对于有些病症有实时疗效,即针后3--5分钟内就可以观察到。例如:小脑萎缩的指鼻试验;中风病人肢体活动;构音障碍的语言不清;视力疲劳、身体疲劳;耳塞、气滞、花粉症、眩晕;肩颈痛、手臂痛、脚痛、腰背痛等;
- ③ 舌针穴位定位的科学性。根据全息论的理论,舌针舌穴的定位与人体解剖的重合是经过科学验证的。舌背穴位是人体的内脏穴位,这些舌穴与人体解剖位置相一致。而舌下穴位的全息图为倒置人形,其中的一些穴位的定位做了科学和临床的验证。
- ④ 舌针疗法的科学性。舌针疗法对一些病症的疗效观察,大多是采用现代随机抽样、对照组、双盲法这些国际通用的实验方法做研究的。有的通过正电子扫描(PET)、功能磁共振(fMRI)、诱发电位(VEP)等来进行观察和实验,并得到中西医界的认同。
- ⑤ 舌针疗法的中远期疗效比较好。大约针20次左右后,疗效即可稳定,基本不再退步;甚至在停针的阶段还会有进步。如果继续舌针治疗,还可不断进步。
- ⑥ 孙氏独特施针的滞针手法和一日多次刺针的施针方法在世界上具有突破性和开创性。检验施针的效果在于得气(即酸、麻、胀、痛),无论是捻转提插、摇动针体、刮绕针柄、或长时间留针都是为了得气而达到治病效果。而孙氏舌针的施针手法在补泻的前提下,采用滞针法(用捻转滞针)增大刺激量,其得气程度可达一般针刺的几倍、甚至十几倍。一日二次或多次针刺,增加其“气”或“能”的积累,临床观察可见一日二次舌针优于一次,而三次优于二次,其有明显的量效关系。

麦粒灸

临床特点及适宜病症



中国南京·王玲玲

【摘要】 本文分析了麦粒灸在施灸部位所造成的短暂灼痛以及持续性炎症化脓现象，比较麦粒灸与针刺、艾条温和灸的区别，指出麦粒灸更适宜用于病理复杂、病位广泛、免疫功能失调的顽症痼疾。

【关键词】 麦粒灸；临床特点；适应症

Abstract This paper analyzes the reflection caused by short burning and persistent inflammation putrefying phenomenon of moxibustion with seedsized moxa cone point, to compare the difference between moxibustion with seedsized moxa cone, acupuncture, and moxa stick gentle moxibustion, which point out moxibustion with seedsized moxa cone is more suitable for applying in the Immune dysfunction intractable diseases which have complex pathology, wide location of the lesion.

Key words Grain moxibustion; Clinical characteristic; Indications

人类从来没有停止过寻求有效方法来防治疾病，终于在火的利用中，中华民族的先贤发现了用艾粒烧灼体表所引起的灼痛和化脓，蕴藏着巨大的防治疾病的潜力，一种原始性创新的外治方法——中国麦粒灸诞生了。借艾火之力以触发机体自我调整功能，具有奇特效应机制的疗法，数千年来一直吸引针灸界探索它防治疾病的临床规律和适宜病症。

1. 麦粒灸灼痛与化脓规律

任何一种疗法的效应，都与它在操作方面具有某些特点密切相关。麦粒灸将上尖、中粗、下尖而带平的艾粒直接置放于皮肤，十分有利于造成特殊而适宜的燃烧烈度。艾粒上尖，易于点燃；中粗，可让穴位皮肤逐渐适

应升高的温度；下尖带平，有利于艾粒站立平稳，使温度下传集中。麦粒灸一方面使患者出现强烈的穿透性灼痛感，另一方面使局部组织不同程度地损伤，产生异体蛋白，由此进一步激活机体的防御机制，而产生持久而多方面调整。这种短暂灼痛与施灸后持续的疤痕刺激恰到好处地结合为其它针灸手段所不具有。

1.1 麦粒灸的短暂灼痛

经历了漫长的发展过程，灸法至今已有60余种^[1]。多种多样的灸法都离不开火的温热刺激，因此它们存在感觉与效应上的共性。由于人体内70%以上是水，当人体接受到艾火刺激后，水分子在电磁辐射作用下相互摩擦，可引起局部组织升温，从而激活相应的感受装置而产生温、热、烫、痛等不同感觉。麦粒灸施灸时所产生的刺激主要是短暂灼痛，即患者所说的“烫”，而不可能使局部有明显的温热感，即使是无瘢痕的轻度麦粒灸，也以极短暂的灼痛为特点，哪怕灼痛只有0.1秒，就足以启动麦粒灸效应机制。由于麦粒灸操作不可避免会出现瞬间灼痛，因此临床需要权衡疗效与灼痛的利弊，并向患者解释说明，在患者理解与配合的基础上操作则更为顺利。一般经过数壮施灸之后，绝大多数患者都能欣然依从这种灼痛。

灼痛的强弱完全可以通过移除艾火的速度来控制。操作轻度麦粒灸可手持镊子静候在燃烧的艾粒旁，当艾粒烧剩2/5~1/5、患者呼“烫”时，即刻用镊子拣除剩余艾火，再继续施灸下一壮。对于已经有麦粒灸治疗经验，尤其穴位上已有疤痕的患者，可以让艾粒烧得更透，待出现明显灼痛再拣除艾火，甚至可以让艾粒着肤烧完。临床上麦粒灸的烧灼程度应该循序渐进，随着患者提高耐受性而逐渐增加强度，患者首次接受麦粒灸，尤其操作最初数壮时，当病人一呼“烫”，就应尽可能快速利落地夹除残炷艾火，不要让患者忍受艾火的灼痛，促使患者很快适应麦粒灸的特殊刺

激形式。以后的操作就需要静观患者一动一颦，当患者已经耐受则可适当减慢移走艾火的时间，使患者进一步出现“如针刺状”的穿透感。因此适时地掌握移走艾火的速度和节奏，实在是施行麦粒灸的关键手法之一，移走速度过快，患者的灸感不明显，疗效就会受到影响，反之，移走艾火的速度过慢，又可能使皮肤烫伤，给患者带来不必要的痛苦。因此，移走艾火速度或节奏的掌握，这个看似简单的动作，对于针灸医生却需要悉心专注地“以意为之”，其意义与毫针施行手法讲究“治神”要求，将“得气”调整到适宜状态有异曲同工的意义。

1.2 麦粒灸的持续炎症

麦粒灸除了在施灸时短暂的灼痛，还表现为施灸结束后局部产生持续的炎症甚至化脓。轻度麦粒灸仅有极其短暂的灼痛，伴有灼痛穿透深部以及畅快感觉，这些感觉一般在施灸数小时后都会消失。但如果增强施灸强度、增加施灸壮数，施灸局部的组织就会变性坏死，宏观上可以见到组织变暗。麦粒灸的无菌性炎症会持续数天，随着频频施灸甚至持续数周、数月。促使麦粒灸发炎化脓的主要措施，首先要将艾粒搓得紧实，施灸时可逐渐增加艾粒的大小。适当增加施灸壮数，每壮都要烧尽为止。与一般烫伤不同，麦粒灸灸后7~15天才开始化脓，形成灸疮，化脓由焦痂的边缘开始向中央扩展。黑痂在停止施灸15~25天后才会脱落。脓水多者可每隔1~2天更换消毒敷料。发炎化脓程度不足，可采用多次施灸、外贴灸疮膏、注意灸后调养等措施来促进化脓、增加脓量以提高疗效。

麦粒灸造成的穴位异体蛋白的刺激，其持续时间之长是其它针灸疗法的穴位刺激不能比拟的。与短暂灼痛刺激性质不同，麦粒灸穴位炎症刺激虽无任何感觉，但局部炎症化脓所蕴含的“天然疫苗”意义却十分值得关注。因为它与人工生物疫苗不同，灸法的化脓不是向机

体输入某种蛋白,麦粒灸的炎症化脓似乎还向机体输入了一套新的工作程序,它含有针对多种不确定的致病因素的必要指令,以便指示身体相机制造出相应的“疫苗”来。麦粒灸炎症化脓所造成的非特异性效应完全是基于人体自身结构与功能而产生的,因而其效应强度就会限制在一定的限度范围内。尽管如此,灸法化脓激发的有限的免疫功能,对于人类面临种种新生疾病的威胁,短期研制有效、安全疫苗有极大困难而言,却是不能忽视的武器之一。哪怕当人类已经拥有确有成效的疫苗,对于那些由于疫苗禁忌及不良反应或其它原因不能接种疫苗的人们,灸法的化脓治疗也可以设下弥补的防线。

2. 麦粒灸的效应特征

这种特殊的刺激造就了麦粒灸奇特的效应,不仅对疑难病症有独到效果,并能改善体质,具有防治双重功能。

2.1 与针法相比,麦粒灸重在“以火促通”

麦粒灸与毫针刺法相比都是通过刺激体表经络腧穴,来防治疾病的方法。由于二者的刺激方式和感觉各不相同,因此二者防治疾病各具特点。

首先,麦粒灸与针刺的刺激源不同。毫针是通过针具施行手法完成操作,主要利用“力”的作用形成刺激强度并达到治疗效应。麦粒灸则通过艾火刺激来激活机体的调节机制。人体接受刺激的神经纤维,其粗细与传导速度明显有关,最粗的A类纤维其直径 $1\mu\text{m}\sim 20\mu\text{m}$,主要是有髓鞘的躯体传入和传出纤维。一般而言纤细尖锐的毫针实施手法,都需要在患者能耐受的范围操作。由于A类纤维粗、兴奋阈低,不需要以损害为前提就能兴奋,因此毫针刺刺激最容易通过兴奋A类纤维来传导针感。C类纤维为无髓纤维,包括了自主神经节后传出、后根和周围神经中

小的传入纤维,其直径约 $1\mu\text{m}$,兴奋阈高,传导速度慢。现代生物学揭示传导热信息的神经纤维是无髓鞘的C类纤维。这种直径很细、兴奋阈很高的C类纤维更容易传导艾火这种更强的刺激。灼痛(burningpain)与刺痛(又称快痛)不同,灼痛又称慢痛(slowpain),痛觉的形成比较缓慢,常常在受刺激后 $0.5\sim 1$ 秒才会出现,在去除刺激后,它还会再持续几秒钟才消失。慢痛往往会伴有植物神经、内脏活动和情绪反应,因此灼痛刺激时,常常伴有心血管和呼吸系统的变化,同时还会引起人的情绪反应。一般认为灼痛是由外周神经中的C纤维来传导的。由此也可理解麦粒灸的灼痛穿透感与针感相比,一般具有滞后的特点。临床所见针下得气后的酸、麻、胀、重或微痛感觉在起针后,一般持续10分钟左右就会消失,只有少数患者局部可能遗留针感。但麦粒灸后,多数患者会遗留轻微的温热感,其强度虽然微弱,但持续时间较长,短的可能数分钟,长的可保留数小时。

其次,麦粒灸与针刺的刺激部位不同。毫针的型号规格多种,能够透皮贯肉,操作方式繁多,使刺激的深度、角度多变,针尖所至可深可浅,可直可斜,以至直刺病所。或疾刺不留针,可施行手法后久留针。随着针具日益精致,进针后提插捻转,可施行多种手法。由于毫针工具简单,操作灵活,疼痛轻微,针后没有瘢痕,因此针法在临床上有广泛适应症就是很自然的事了。

麦粒灸着肤的艾火只能在体表操作,刺激源不可能直接到达深部。但麦粒灸的灼痛、穿透感以及灼伤皮肤所产生的继发炎症刺激,为针法所不具有。由于针法能深入到达更多的病变部位,因此假如将毫针与麦粒灸作笼统的比较,可以发现针法的针对性调节作用相对比麦粒灸明显,而麦粒灸非特异性的整体调节作用更具优势。

分析麦粒灸与毫针在操作方面的区别,可以帮助理解二者适应症方面的共性与个性。二

者都有疏通气血、调整阴阳、扶正祛邪的共同效应，因而二者都有广泛的适应症，可以“处百病”、“治百病”。但麦粒灸刺激操作能够借助C类神经纤维的传导，能够保持长久的刺激，因而对病因复杂、病位广泛的顽症痼疾、疑难病症麦粒灸更具优势。同时麦粒灸局部炎症化脓所引发的“疫苗样效应”对人体免疫系统影响十分明显，因此当难治性疾病同时兼有慢性炎症、免疫功能异常时，如带状疱疹、类风湿性关节炎、结核病、慢性肝炎、癌肿等，更适宜选用麦粒灸或针刺与麦粒灸并用。同时对需要通过长期施治来整体调整，或者以改善体质、预防保健为目的时，麦粒灸“以火促通”就更有优势。反之只需要以局部调整为主就能达到治疗目的者，如治疗急性扭伤，则更多选用毫针法，用3寸毫针深刺天枢、中髎、下髎穴使针感直达结肠、直肠，以促使通便，也更多选用毫针^[2]。

2.2 与温和灸相比，麦粒灸重在持久温通

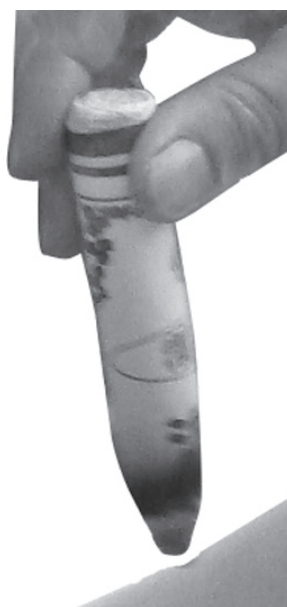
麦粒灸与艾条温和灸都以“艾”为材料，以“火”为刺激源，因此二者都有“温通”的共同效应，但由于二者操作方法存在差别，因而两种灸法在刺激和效应上各有特点。

艾条温和灸热传递主要是热辐射，艾粒直接着肤的麦粒灸则通过热传导方式。艾条温和灸通过调整艾条与皮肤距离保持局部持续温热；麦粒灸局部皮肤升温效应并不明显，但重在短暂的灼痛刺激，因此两种灸法对皮肤温度有不同的影响。

首先，施灸时二者有火源直接刺激与间接刺激的不同。温和灸用“火”间接熏烤，

只要求局部温热，并不特别追求灼痛感觉，因此艾火温度比麦粒灸灼痛瞬间稍低，一般在37℃~41℃，经过一段时间熏烤，温和灸局部皮肤血管明显扩张。麦粒灸用“火”引起灼痛，时间虽短，刺激部位虽小，但能使艾粒那一小点皮肤受到42℃~45℃甚至更高的温度刺激。因此麦粒灸重在刺激皮肤神经感受装置，与神经反射工作机制关系更加密切。麦粒灸虽然灼痛感觉强烈，但范围很小、持续时间很短，所引起的血管扩张不如温和灸明显。现代研究表明，45℃是人们首先感受疼痛的平均临界值，也是组织开始被热损伤的温度^[3]。因此麦粒灸所产生的灼痛，以及明显的穿透感表明，麦粒灸不仅兴奋了皮肤的温度感受器，还兴奋了皮肤疼痛感受器。麦粒灸的刺激使皮肤温度超过45℃，温热感觉变为疼痛感觉。本实验室观察所见，艾条温和灸使温度上升后呈现平稳状态，皮肤温度很少有下降的波动，除非艾条生成艾灰后，局部皮肤温度可有暂时下降，但掸除艾灰保持红火后，局部皮肤温度便再度回升。包括麦粒灸在内的艾炷灸则使局部温度呈锯齿样变化，每一壮的温度谷值则成为下一壮温度变化的基础。

由于温和灸局部升温和扩张血管的作用更



加直接与明显,因此对需要扩张局部血管,促进血液循环的病症,如改善慢性膝关节炎的局部炎症、促进手术局部组织的修复、促进褥疮局部血液循环、改善面瘫局部、突发性耳聋局部的血液循环等,临床更多选用艾条温和灸。麦粒灸的作用牵涉神经反射,当选用井穴治疗中风偏瘫,则更多采用麦粒灸,而少用温和灸。麦粒灸的穿透性感觉与针刺相似,而且作用还能保持较长的时间。通过对井穴麦粒灸的刺激,可能反射性地提高更多的神经元活性,重新构建网络联系,并能反射性地增加脑血流量,同时延缓减轻脑组织低氧状态的破坏性发展。

其次,施灸后二者刺激的持续时间不同。艾条温和灸仅在施灸时有持续温热,一般在施灸停止后数十分钟消失。但麦粒灸引发的局部炎症与化脓持续时间较长。随着灸疮产生的无菌性炎症,可导致局部组织破坏,释放出氯化钾、组织胺、缓激肽、5-羟色胺、前列腺素E、乙酰胆碱和P物质等。一次重度的麦粒灸所导致的局部炎症刺激可迁延数周之久,这种特有的长时间的无菌性炎症过程,所产生的特异与非特异免疫“疫苗样”作用,比温和灸更适合于传染病的治疗,如肺结核、疟疾、流行性感胃等,也更多用于疑难病症的治疗,如哮喘、中风、癌症等。

麦粒灸与温和灸都有肯定的防病保健作用,由于温和灸灸感柔和,没有灼痛,更容易被多数人所接受。加上温和灸操作难度小,安全性高,全身禁用温和灸的部位很少,即使五官附近,在用纱布挡护眼区后也可施灸。因此温和灸更容易在医生指导下,成为民众自我防病保健的手段。麦粒灸特有的长时间的无菌性炎症及疤痕过程,也使其防病效果比温和灸更强、更久,临床预防诸如哮喘、中风、肿瘤等重病、大病的复发则多选麦粒灸;假若预防高血脂、高血压引起的动脉硬化这一类周期较长的灸法,民众选用温和灸自行操作则更方便。明代医家龚居中所说:“火有拔山

之力”主要是针对麦粒灸防治疑难病有独特效应的评价。

人类至今仍然面临种种新生传染病、心脑血管病、肿瘤等病症威胁,短时间研制有效、安全人工疫苗有极大困难而言,麦粒灸应该是不能忽视的武器之一。即使未来实验室成功研制出针对性的疫苗,对于由于疫苗禁忌及不良反应而不能接种的人们,麦粒灸也可设下弥补的防线。

应该明白,麦粒灸与温和灸都是灸法的分支,它们之间的差别是相对的,通过操作技巧的变化,温和灸也可能引发麦粒灸穿透样灼痛感,甚至化脓状态,从而改变温和灸防治疾病的效果。重庆赵时碧雷火灸与常规温和灸相比,艾条更粗、内含多种芳香刺激性中药,其关键技术在于先以温和灸操作使局部皮肤温度升高,然后在重点穴位上约有1秒钟上下来回的雀啄灸样操作,使红火状态的药艾条急促地接近皮肤10~30次,形成穿透力较强的红外线,产生了非针似针的刺激作用。艾条灸的这种也会使患者因疼痛而有避让动作,如此赵氏雷火灸的疗效就比普通温和灸有所提高,适应症范围也有所扩大。

参考文献

- [1] 王雪苔.雪苔针论[M].人民卫生出版社,2008年8月第1版:128~162
- [2] 王丽娟,王玲玲,张晨静.深刺中髎、下髎穴治疗盆底失弛缓型便秘[J].针灸临床杂志,2010,26(1):27~29
- [3] 林文注主编.实验针灸学上海[M].上海中医学院出版社,1989:69

一针见效

——曲池穴医疗膝关节疾病的临床体会

新加坡·吴荣贵



一、膝关节疾病定义

各种原因引起膝关节疼痛，并有不同程度的功能障碍，临床上常见的有风湿性关节炎、类风湿性关节炎、骨关节炎和关节软组织损伤的疾病。

二、膝关节疾病的类型

A. 膝关节风湿性关节炎：病人多为青少年，病前常有风寒感冒，上呼吸道感染。急性期多有发热、多汗。关节病变是多发性游走性关节红肿热痛和屈伸功能障碍，常反复发作，但急性炎症过后，关节不留病理性损害。部分病人可伴有心脏病变。

B. 膝关节类风湿关节炎：又叫风湿样关节炎，发病多为20—40岁的青年中年人。关节损坏常为对称性，大部分病例呈慢性发展。

C. 膝关节骨关节炎：又称肥大性关节炎，变性关节炎、增殖性关节炎、退化性关节炎，多发于40岁以上的中年人，老年人。关节疼痛渐渐出现，运动时症状加重，并可听到骨擦音。病变关节并有肿胀。关节的酸痛往往可在气候变化时和寒冷刺激加重！

D. 膝关节软组织损伤：膝关节是全身最大的关节，由股骨、胫骨、髌骨和软组织构成，在受到扭伤、挫伤后，容易引起软组织损伤，常见的有副韧带损伤和十字(交叉)韧带的损伤。

- 1. 副韧带损伤：**膝关节内外侧各有一个加强膝关节稳定性的副韧带。在膝关节伸直情况下，过度内翻或外翻，都可损伤对侧的副韧带，引起扭伤，甚至断裂，其中以扭伤最多见。损伤后，局部疼痛，活动障碍，并有肿胀，在股骨内踝或外踝上有压痛点，检查时医师以一手握着足踝部用力内翻，如膝外侧疼痛则是外侧副韧带扭伤，能内侧翻则表示已断裂；用相反的姿势检查，如膝外翻时内侧疼痛是内侧副韧带扭伤，能外翻表示已断裂。
- 2. 十字韧带损伤：**有前十字韧带和后十字韧带。当膝关节过度伸展前十字韧带容易受伤，多伴有内侧副韧带损伤；膝关节过度屈曲时，容易引起后十字韧带的损伤。损伤时，关节肿胀，剧痛外，并有明显的压痛点，穿刺时有出血。

三、膝关节疾病的中医病理

中医认为膝关节疾病是风寒湿外侵，引起的关节疾病，属于中医的痹症、骨痹和筋痹。

膝关节疾病多见于中老年人，其中随着年龄的增加，影响肝肾，肝肾渐虚不能充养筋骨髓，髓减骨枯，导致膝关节变形，筋失营养，造成关节不利。人老了，气血不足，容易被风寒湿外邪入侵，痹阻经络、骨节、筋脉，而成痹症。痹症初以疼痛、僵硬为主，邪阻在经筋，晚期骨节变形肿大，活动受到障碍，病在骨节。

四、针灸治疗法：

1. 常用的穴位有膝三针(内膝眼、外膝眼、委中)加压痛点。
2. 或内外膝眼、阳陵泉、梁丘。
3. 鹤顶、阳陵泉透阴陵泉，阳关透曲泉。

五、针灸健侧单穴曲池治疗膝关节疾病

这项针灸疗法是开始于《健侧单穴针灸曲池治疗肩膀疾病》疗法。我在医疗肩痹症病人的过程中，无意中发现它同时也能在现场改善病人的膝关节疾病，也能在现场医好膝关节的功能障碍。

六、针灸健侧单穴曲池治疗膝关节疾病疗法临床经验交流

A. 设定针灸健侧单穴治疗的范围

1. 健侧是指病人没有膝关节痛、活动比较自然的一侧，或疼痛比较轻的一边。
2. 单穴是少针针灸疗法，根据辩证的精神下，选择最合适的一个或较少的穴位在临床施针。
3. 从8月20日到10月23日，我根据在众弘爱心(裕廊中)中医诊所、牛车水中医诊所、众弘医药中心(友诺士)三间诊所统计140位膝关节疾病病人，而

临床经验

做《针灸健侧曲池穴治疗膝关节疾病临床疗效统计》分析，报告如下。

B. 实验过程：

1. **选择穴位：**以曲池单穴进行实验，确定它的医疗功效。
2. **操作手法：**以1.5/2寸筒针，在穴位上快速进针，得气后，一边捻转，一边叫病人活动患侧的膝关节和脚的各关节，轻松走动。
3. **病人的感觉：**病人先感觉膝关节有比较松、舒服的感觉，然后尝试做各种动作。病人很快在3—5分钟里，就发现膝关节的活动改善、正常了！

C. 疗效标准：

1. **治愈：**现场病人膝关节的活动跟正常人相同，可以上下蹲。
2. **显效：**现场病人膝关节的活动比较明显的轻松，或接近正常。
3. **有效：**现场病人膝关节的活动比较舒服，或动作比较轻松。
4. **无效：**现场病人膝关节的活动没有改进，也没有感觉轻松。

D. 实验时期：

我从8月20日到10月23日，在三间门诊单位，以针灸治疗超过230人次，把其中有140位是患膝关节疾病的病人，进行统计分析。

E. 《针灸健侧曲池穴治疗膝关节疾病临床疗效统计》

岁数	27/50	51/60	61/70	71/80	81/90	总数	巴仙	统计
男	3	5	15	10	3	36	26%	女多于男
女	5	28	32	33	6	104	74%	
疗效治愈	3	14	15	15	3	50	36%	疗效100%
显效	4	13	22	18	3	60	43%	
有效	1	6	10	10	3	30	21%	

从统计分析发现：

1. 健侧单穴曲池疗法像其他针灸手法一样，都有一定的疗效。
2. 针比较少穴位，减少病人疼痛，对针灸的恐惧感。
3. 少用针即节约针器，不须电针，具有环保意识。
4. 更特别的是，鼓励病人，能使病人配合医师，活动手脚，身体走动，气氛轻松和谐，主动唤起病人去治疗自己疾病的思想，这是其他针灸疗法所忽略的地方。

F. 治疗后病人的谈话

1. 陈凤玲 女 75岁 多年患了肩痹症，肩膀不能举高，后屈摸背，双膝关节难屈。她常常从宏茂桥来牛车水诊所看病。在针灸曲池数分钟后，她开始觉得手、肩膀、轻松，跟着膝关节和脚也松了，越来越有力。然后，她的手、肩膀能屈、能伸，渐渐恢复正常。她继续活动手脚、身体，没多久，连膝关节也能屈，能上下蹲！她刚进来诊所时是弯曲着身姿，在医师的鼓励下，也尝试挺起胸膛，最后真的直立起来，真是奇迹！她说，来了牛车水诊所很多次看病，这次最好！！
2. 叶树基 男 68岁 我昨天去拜神蹲不下，今晚一针灸曲池后，竟然蹲下了，太好了！

3. 罗秀花 女 67岁 我已经4, 5年没有蹲下, 膝关节又肿又痛, 现场可以蹲! 真是太不可能, 却又是真的事实。
4. 谢锡桂 男 75岁 我膝关节病痛很多年, 也很多年不能蹲, 三次给中医用一针来针灸, 每次都有进步。现在膝关节酸痛没有了, 我现在也敢蹲了, 还做得很好。
5. 章美音 女 72岁 我到几个大医院针灸了很多次。我的手脚、膝关节, 在来时还是疼痛, 想不到今晚到牛车水诊所, 手脚酸痛消除了, 膝关节也舒服了, 我有O形腿, 想不到还可以往下蹲一蹲!
6. 黄庆珍 女 72岁 我6-7年膝关节疼痛, 腰背酸痛, 想不到, 今天来看, 才下一针, 听中医的话, 活动身体, 扭扭腰, 伸曲腿, 膝关节不痛了, 还可以下蹲, 连腰背也不痛!

七、总结：取健侧曲池穴针灸医疗膝关节疾病的体会和愿景

1. 我应用曲池穴针灸肩关节疾病的过程中, 发现它同时可以医疗下肢膝关节



疾病。为了深入临床研究, 从140个临床病例实践统计证明: 单用曲池穴在医疗膝关节疾病上, 确实是有显著医疗效果的事实。

2. 不过, 单独以曲池穴来治疗膝关节疾病, 却在我找寻过的多本《针灸书籍》里不曾记载。只在《内经、素问-痿论》: 治痿者, 独取阳明治之。“痿论”指的“痿”是“枯萎、萎缩、退化类”病, 就是现代指的“人体功能退化性的疾病”。膝关节疾病, 在中医也称为“痹证”, 病机是“风寒湿”三邪气交织闭阻经络血脉, 造成肌肉、经脉、骨骼、关节功能因为营养失调退化, 形成的退化性疾病。在阳明经中, 以曲池穴是阳明经的合穴, 是多气多血的穴位, 单独以曲池穴施针医疗“痹证”, 应该是正确的医疗方法。
3. 提出《健侧针灸曲池穴医疗膝关节疾病经验交流》, 希望在针灸医疗为病人提供另一医疗方法, 在针灸医疗事业发展上更上一层楼!



花生衣

血小板低下 的体会 治疗

新加坡·林英

【关键词】血小板低下花生衣

红血球、白血球、血小板由骨髓生成，是血液中三大主要细胞，当身体受伤流血时，血小板就发挥它的主要功能，使血液凝固，形成凝血块以止血。血小板不足时身体容易出血，皮下易出现瘀青、紫斑，擤鼻涕或用力咳嗽时痰或涕可夹有血丝，牙龈出血等，甚或造成脏腑出血。

引发骨髓造血受抑制和破坏以致血小板低下的因素是多方面的，除了骨髓病变之外，其他如病毒感染，自身免疫疾病造成的破坏，或由药物所导致骨髓生成血小板的功能减少；包括某些抗生素，中枢神经系统药物，止痛药，风湿免疫药等。本文主要讨论由治疗肿瘤的放射及化疗造成的血小板低下的治疗。在临症上以红花生衣治疗血小板低下多例，有单用红花生衣者，或加入黄芪，党参，枸杞子，红枣等，对提升血小板，疗效快速确切。

病历举隅：

1.1 汤某，女，46岁。07年11月患上鼻咽癌完成放化疗。09年鼻咽癌复发经33次后癌肿消失；2010年7月再次复发，8月16日开始接受化疗。化疗期间未服中药。23/9/10来诊，血常规示：全血象低下 WBC: 1.3, RBC1.5, HB9.8, PLT81, 疲倦，面色少华，口干，视物较蒙，耳鸣，舌淡边瘀，脉细。

1.2 辨证分型：脾肾两虚

治则治法：补肾健脾

方药：黄芪15g，党参15g，白术12g，茯苓12g，女贞子15g，鸡血藤15g，补骨脂12g，紫河车12g，山茱萸12g，菟丝子12g，阿胶9g，黄精12g，虎杖12g，石韦12g，服6剂。每日一剂。

服上药6剂后来电告知，白血球(WBC)

1.32x10⁹/L, 红血球(RBC)2.98x10¹², 血红蛋白(HB)10.3g/dL, PLT90x10⁹/L, 还是无法继续化疗, 嘱服红花生衣15g, 党参12g, 枸杞子12g, 甘草1片, 4杯水煮剩3杯(约半小时)。

一周后, 白血球(WBC)0.652x10⁹/L, 红血球(RBC)2.81x10¹², 血红蛋白(HB)9.8g/dL, PLT335x10⁹/L。血小板显著升高。

2. 陈某, 女, 51岁。二零年确诊鼻咽癌3期, 接受放化疗后血小板低下。8月2日验血: 血红蛋白(HB)11.9g/dL, 红血球(RBC)3.65x10¹², 白血球(WBC)14.2x10⁹/L, 血小板(PLT)92x10⁹/L。以红花生衣15g, 龙眼肉10g煮水连服五天后停药, 8月21日验血: 血红蛋白(HB)11.0g/dL, 红血球(RBC)3.35x10¹², 白血球(WBC)2.3x10⁹/L, 血小板(PLT)189x10⁹/L。血小板明显上升。

花生衣属豆科落花生属落花生的薄膜, 味甘涩, 性平, 具有“养血止血”的作用。实验证实, 花生衣含有原花色甙元-A类型化合物--花生素及D-(+)-儿茶素等成分, 能有效抑制纤维蛋白的溶解, 促进骨髓造血机能, 增加血小板的含量, 提高血小板的质量, 改善凝血因子的缺陷, 加强毛细血管的收缩功能。因此, 血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、血友病及其他出血性疾可配伍花生红衣, 取其止血散瘀之功。

本地的中药店, 不易购得花生衣; 可将去了壳的花生, 以热水烫后, 取下表层薄膜, 晒干备用, 也可从花生食品厂取得。

体会

虽然医疗技术不断的推陈出新, 但肿瘤患者仍然逐年增加, 因化疗药物大多有骨髓抑制

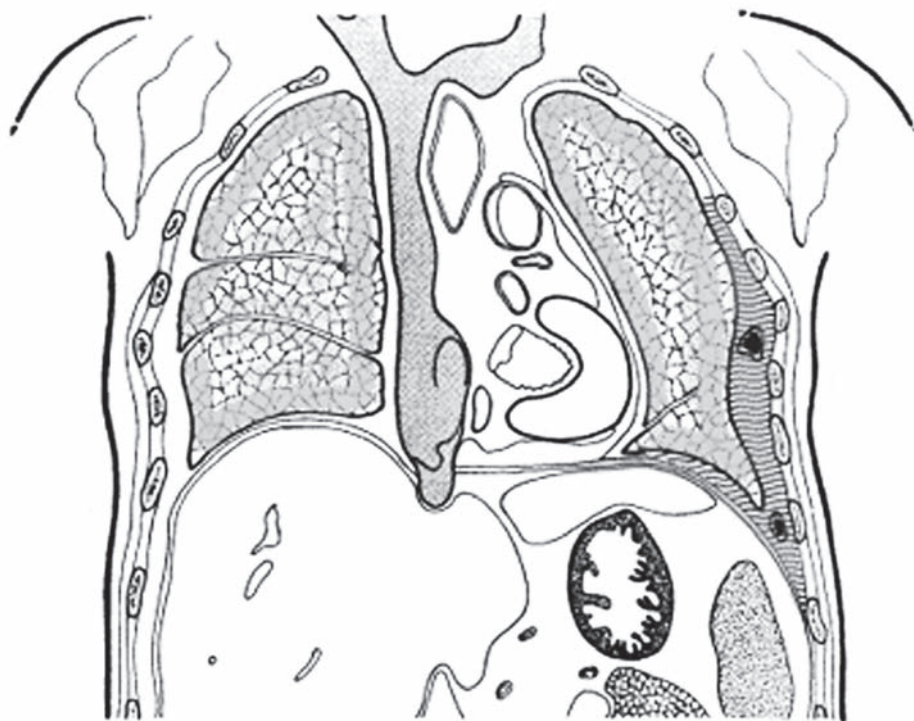
作用, 导致包括血小板低下的毒副反应者也将递增, 由骨髓巨核细胞产生的血小板, 有止血作用, 循环血中血小板数量减少, 而必须停止或减量化疗, 延误化疗进程。严重者可出现皮肤、黏膜出血, 甚至内脏出血而危及生命。红花生衣可提高循环血中血小板数量, 进而阻止出血, 使患者能顺利完成化疗。

恶性肿瘤是全身疾病的局部表现, 中医认为, 凡脾肾不足, 正虚失调的人, 易有积聚之病, 化疗药毒内侵, 气血更伤, 使脏腑功能受损, 脾肾越是亏虚; 脾虚则饮食之精微不能化生气血, 肾主骨生髓藏精, 精血互相化生, 肾虚则骨髓空虚, 精血生化无权; 而气血亏虚, 红花生衣补脾肾之气, 达到养血止血之效。

几个病例的验血报告都显示, 红花生衣只对血小板有显著的提升作用, 对于白血球和红血球减少, 没有提升效果。

结论

临床应用红花生衣治疗血小板低下疗效甚佳, 是放化疗后骨髓引致血小板不足的有效治疗途径, 然而, 由于治疗病例不多, 故有待进一步的探讨和研究。



浅析自拟调髓石龙汤 治疗肺癌化疗骨髓抑制

新加坡·胡秋荣

我国癌症人数排名，患肺癌人数男性排名第2，女性排名第3。肺癌死亡人数，男性排名第3，女性排名第1。肺癌属于中医“咳嗽”、“咯血”、“胸痛”等病范畴。西医治疗第一、二期肺癌以手术为首选，放射治疗、化学药物治疗、免疫治疗等也常配合使用，部分患者通过综合疗法能够治愈。第三、四期肺癌则以放射治疗、化学药物治疗为主，但治疗后总的5年生存率仍然很低，约为8%~13%。化学药物治疗(简称化疗)是治疗肺癌的其中一个方法，化疗的目的是希望能延长患者生存期，减轻痛苦，提高患者的生活质量。

但是化疗在消灭肺癌细胞的同时也会杀伤正常细胞产生毒副作用，常见的毒副作用有静脉炎、局部组织坏死、心律失常、周围神经炎，表现为指、趾麻木、刺痛、感觉异常、脱发，食欲不振、恶心、呕吐等胃肠道反应，肝损伤出现谷丙转氨酶增高、胆红素上升、肝肿大、肝区疼痛、黄疸等，部分患者导致起肾脏损伤，出现蛋白尿，少尿或无尿，有的发生血尿、水肿、小便化验异常等。另一常见的毒副作用是骨髓受到抑制，骨髓抑制表现为白细胞、血小板、红细胞、血红蛋白减少，临床表现见四肢乏力、神疲、声低懒言、气短、头晕、面色苍白、肢体麻木、食欲不振、心悸、

失眠、腰膝酸软、舌质淡、脉细弱等。属于中医的“血虚”、“气虚”等范畴。病位以脾肾之虚最为关键^[1]。据相关文献报道，病位在肾者占70.27%；病位在脾者占83.78%；病位在脾肾者占89.19%，肺、肝亦有相关性^[2]。

化疗直接损伤脾肾气血，致使脾气的功能减弱，水谷精微摄纳不足，生化无源导致气血亏虚。肾之精髓有化血的功能，伤于肾气，则引起肾的精髓生化无权而致血虚。气血亏虚致使机体的功能活动衰退，抗病能力下降，邪毒更容易侵犯娇肺，正如《黄帝内经》所言：“邪之所凑，其气必虚，正气存内，邪不可干”，所以“扶正”是治疗肺癌化疗后骨髓抑制的大法。扶正以补气养血、健脾滋肾为主，佐以为清热解毒。在此扶正为主，佐以祛邪的治法上，自拟了调髓石龙汤治疗肺癌化疗后骨髓受到抑制的患者，药用黄芪、党参、白术、茯苓、当归、熟地、白芍、阿胶、鸡血藤、石上柏、龙葵、炙甘草、川芎等。经治疗后气血不足的症状得到显著的改善，血常规指数恢复到正常水平。

方中黄芪用量30克，当归6克，黄芪用量5倍于当归，是采用当归补血汤的用药方法，当归补血汤是金元时期李东垣所创的益气补血方剂，该方为劳倦内伤，血虚气弱，阳气浮越所致肌热面赤、烦渴引饮、脉洪大而虚、重按无力。治宜补气生血，使气旺血生，虚热自止。方中重用黄芪，其义有二：一为补气而专固肌表，即“有形之血不能速生，无形之气所当急固”；一为有形之血生于无形之气，故用黄芪大补脾肺之气，以资化源，使气旺血生。配以少量当归养血和营，则浮阳秘敛，阳生阴长，气旺血生，而虚热自退。据研究表明当归补血汤可明显降低骨髓抑制的发生率，提高化疗的完成率^[3]。

黄芪与党参的配伍，具有益气扶正的功效益，这二味中药经制药厂运用高新技术提炼成参芪扶正注射液，用于气虚证肺癌、胃癌的辅助治疗，若与化疗合用有助于提高疗效、保护

骨髓、改善气虚症状及生存质量。

方中也是八珍汤加味而成，八珍汤《正体类要》是明代医家薛己所创。药有当归、川芎、熟地、白芍、人参、白术、茯苓、甘草。具有补益气血的功效，治疗气血两虚，神疲倦怠，面色苍白或萎黄，气短懒言，头晕耳眩，心悸怔忡，纳呆，脉细弱等，方用参、术、苓、草补脾益气；归、芍、芎、地养心滋肝肾。

八珍汤配合参芪扶正注射液治疗化疗副反应的临床疗效研究，方法是将恶性肿瘤患者77例随机分为治疗组47例与对照组30例，均根据不同肿瘤类型采用相应化疗方案，治疗组化疗期间予参芪扶正注射液静滴及八珍汤口服；比较两组化疗后骨髓抑制、胃肠道反应、口腔炎等方面的副反应。结果表明治疗组在改善化疗所致骨髓抑制、恶心、呕吐、腹胀、便秘等胃肠道反应及口腔炎症状方面优于对照组。结论参芪扶正注射液配合八珍汤能有效提升患者抵抗力，促进骨髓的再生功能，缓解胃肠道反应，使患者顺利完成化疗^[4]。

至于阿胶，有补血止血的功效，为补血之佳品。常用于血虚萎黄，眩晕，心悸等。常与熟地、当归、黄芪等补益气血药同用。阿胶也常用于多种出血证，止血作用良好，对出血而兼见阴虚、血虚证者，尤为适宜，如《千金翼方》，治吐衄咳唾失血既多，虚倦神怯，配伍人参、白及等，药理研究也证实阿胶有明显的补血作用，疗效优于铁剂。

鸡血藤具有补血，活血，通络的功效。研究显示鸡血藤总黄酮对血虚模型小鼠造血功能具有促进恢复的作用^[5]。鸡血藤可升高因骨髓抑制性贫血模型小鼠的红细胞、血红蛋白的作用^[6]。《现代实用中药》指出鸡血藤为强壮性之补血药，适用于贫血性之神经麻痹症，如肢体及腰膝酸痛，麻木不仁等。研究显示能防治骨髓抑制，作用于红细胞的中药有鸡血藤、党参、当归、熟地、阿胶；能作用于白细胞的中药有黄芪、白术、鸡血藤；能作用于血小板的

中药有黄芪、阿胶等^[7]。

方中除了用益气补血药治疗因化疗后导致气血的亏虚，再加上清热解毒的石上柏、龙葵抑制体内的毒瘤，以防毒瘤的增大。石上柏具有清热解毒，止血，抗癌等功效。常用来治疗肺癌、咽喉癌及消化道癌症等。临床常用石上柏、龙葵组成复方治疗肺癌能取得较好的疗效。

龙葵具有清热解毒，消肿散结的功效，龙葵总碱能促进细胞凋亡，阻止细胞的恶性增殖，从而发挥抗肿瘤的作用，因此能够提高肿瘤患者的生存质量。在临床研究方面，口服龙葵葶苈汤，同时胸腔内灌注顺铂，比较对照组只采用单纯胸腔内注射顺铂治疗肺癌引起胸水，结果显示癌细胞转阴率，胸痛、呼吸困难的改善明显优于对照组，副反应比较则无明显差别。研究表明龙葵葶苈汤联合顺铂腔内灌注治疗肺癌癌性胸水具有较好的临床疗效^[8]。

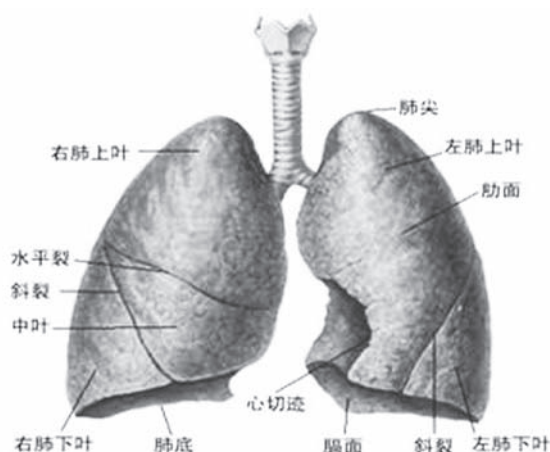
曾治一患者李女士，64岁，为第四期肺腺癌患者，肺腺癌为右上中心型占位肺腺癌，约4.5*5.5厘米，胸腔与心包积液，骨、肝远处转移，需要五次的化疗药治疗，每周静脉点滴一次；经化疗后骨髓受到抑制白细胞、血小板、红细胞和血红蛋白皆降低，症见神疲、乏力、胸闷、咳嗽、痰少黄粘、气短、食欲不振、舌红、脉数。中医辨证为气血两虚，热毒郁肺，处方用调髓石龙汤加味，药用黄芪、党

参、白术、茯苓、当归、熟地、白芍、阿胶、鸡血藤、石上柏、龙葵、葶苈子等治疗，每日一帖煎服，共服七帖。服药后的第三天，神疲乏力、食欲不振、气短等症状都明显改善，一周后在医院血常规检查，白细胞、血小板、红细胞和血红蛋白指数都恢复正常水平。患者坚持服中药，再配合化疗，终于完成整个疗程。

肺癌化疗后骨髓受到抑制，经调髓石龙汤治疗后红细胞、血红蛋白、白细胞等均恢复到正常水平，显示该方能促进骨髓的再生功能，改善气血不足的症状，让患者能顺利完成整个化疗疗程，从而提高病人的生活质量，延长患者的生存期。

参考文献

- [1] 罗凤萍. 升白汤治疗癌症化疗骨髓抑制40例疗效观察. 山东中医杂志, 2001, 20(10):593594
- [2] 马双茹, 张秋平, 王志刚. 自拟贞芪扶正饮联合利血生、沙酚醇预防化疗所致骨髓抑制附93例临床观察. 中国现代实用医学杂志, 2004, 3(21):57
- [3] 刘振学. 当归补血汤对减轻化疗骨髓抑制的初步观察. 实用中西医结合杂志, 1993, 6(3): 165166
- [4] 徐阳等. 参芪扶正注射液联合八珍汤减轻化疗副反应临床观察. 《中国中医急症》2008, 03: 28
- [5] 邓家刚等. 鸡血藤总黄酮对血虚模型小鼠造血功能的影响. 中草药, 2007, 38(7):1055—1056
- [6] 陈宜鸿等, 鸡血藤对小鼠红细胞增殖的影响. 军医进修学院学报, 1999, 20(1):12—13
- [7] 潘敏求. 中华肿瘤治疗大成. 石家庄: 河北科技出版社. 1996.53
- [8] 佟丹江. 龙葵葶苈汤联合顺铂腔内治疗肺癌癌性胸水55例临床研究. 承德医学院学报, 2010, 02:019





雄激素源性脱发的中医治疗现状

新加坡·刘立

雄激素源性脱发又称脂溢性脱发，是临床中最常见的毛发疾病。近几年来其发病有上升的趋势。属于中医学“发蛀脱发”、“蛀发癣”范畴。临床上男女均可发病，但以20-30岁的男性较为多见，该病多表现为头发油腻、多屑、有明显瘙痒感，额颞区及顶部渐进性脱发，继而形成高额，而枕区较少累及。男性及女性均可发生，但其临床表现有区别：男性型雄激素源性脱发从前额两侧鬓角部开始，呈M形逐渐减少，终至大部或全部脱落；也有前额、鬓角和顶部同时脱落，或自顶部开始脱落的病例，但枕部头发一般不受影响。女性型雄激素源性脱发多呈顶部头发稀疏，而额部仍保留不变。

一. 西医的病因

遗传因素，研究显示遗传因素是雄激素源性脱发的主要发病原因之一。据报道约70%以上的本病患者有明显的家族病史。另外血清雄激素水平，雄激素是影响毛囊发育的重要因素，雄激素对于毛发生长的抑制作用已为众多体外培养实验所证实；还有病菌感染等因素，许多观察证实，绝大多数脂溢性皮炎头皮损害中，可查到亲脂性、多形态的卵圆形糠秕孢子菌，可影响表皮的再生，并致发炎症。其它还有内分泌功能的失调；生长因子、细胞因子等都对脱发有影响。

二. 中医的病因

历代医家对脱发病论述较多,早在《内经》即有诸多论述,称之为“发堕”、“发落”等;《素问·六节藏象论》、《素问·五脏生成篇第十》指出了发与肾、发与肺、发与血的密切关系,曰:“肾者,主蛰,封藏之本,精之处也,其华在发,其充在血脉”、“发为血之余”、“肺之合皮也,其荣发也”、“多食甘,则骨痛而发落”。《诸病源候论》谓:“若血盛则荣于头发,故须发美。若血气衰弱,经脉虚竭,不能荣润,故须发脱落。而明·朱楠认为头发出现性质改变,是因血气虚少复受风邪之候,“夫足少阴之血气,其华在发,诸经血气盛,则眉髭须发俱美泽,若血气虚少枯竭,则变黄白而不生。若风邪乘其经络,血气改变,则异色恶发必生。”金元四大家之一的张子和首倡了血热发不荣之说,他认为“年少发白早落,或头起白屑者,血热太过也。世俗只知发者血之余,以为血衰,不知血热发反不荣,火多血少,木反不荣,火至于顶,炎上之甚也。”清·王洪绪的《外科证治全生集》中首次出现了“发蛀脱发”的病名。清·王清任《医林改错·通窍活血汤所治之症目》提出了血癖致脱发的病机,曰:“头发脱落,各医书皆言伤而血,不知皮里肉外血瘀,阻塞血络,新血不能养发,故发脱落。”

陈达灿^[1]认为,肝肾阴阳平衡失调,尤其是肾阴不足是脂溢性脱发的主要病机。同时也认为脂溢性脱发的发生与湿,热等“实邪”密切相关。张苍等^[2]认为本病主因肝失疏泄、风湿搏结而成,肝失疏泄则心血无以养毛发,毛发立而不固,皮肤气血淅泽,土旺反侮肝木,肝不能为肾行其精,故毛发脱而不生。喻文球^[3]认为,脂溢性脱发的本质和根源应为阴精亏损,精气不固,风邪上扰,血热风燥和脾胃湿热,病变性质多表现为虚实夹杂或本虚标实证。傅丽珍等^[4]认为湿热内蕴与血虚风燥是重要因素,因其表现为头皮油腻、瘙痒、神疲纳

呆、苔黄腻或头发细短软、毛发干枯、头皮屑多、瘙痒、舌质淡等。

三. 中医的治疗

1. 辨证论治:

魏跃钢^[6]将84例本病患者分为三型:①湿热蕴结证:以头皮有脂性分泌物,头发油腻,多汗,口苦,大便干,舌质红,苔黄为证治要点,方用龙胆泻肝汤加减;②血虚风燥证:脱发时间较长,头发稀疏,干燥枯黄,头皮迭起鳞屑,自觉瘙痒,舌淡苔薄,脉细,方用祛风换肌丸加减;③肝肾亏损证:脱发日久,头发稀少,干燥无泽,伴头昏目眩,失眠多梦,腰膝酸痛,舌淡少苔,脉细数,方用六味地黄丸加减。并建立对照组共26例,口服养血生发胶囊,每次4粒,每日3次。治疗组总有效率89.2%,对照组总有效率88.5%。

杨慧敏等^[7]分为三型:①心火脾湿型:用生地黄、淡竹叶、炒栀子、莲子心等药以清心安神,健脾利湿。②脾肾两虚型:认为应从健脾益气,补肾安神立法,药用生黄芪、太子参、茯苓、枸杞子等以滋补肝肾,安神生发。治疗观察80例中,痊愈16例,显效37例,有效23例,无效4例。

戴秀娟^[8]将脂溢性脱发分为四型辨证施治:①湿热熏蒸:相当于油性脂溢性脱发,治宜健脾祛湿,清热护发,方用草薢渗湿汤加减。②血热风燥型(包括血虚风燥型):相当于干性脂溢性脱发,治宜凉(养)血祛风,养阴护发。方用凉血消风散或神应养真丹加减。③肝肾不足型(包括肝肾阴虚型):多有遗传倾向,治宜滋补肝肾!填精生发,方用七宝美髯丹加减。④血瘀毛窍型:多见于情志抑郁或脱发日久之人,治宜活血化瘀!通窍生发,方用逍遥散合通窍活血汤加减。

2. 内外合治法:

陈达灿等^[1]认为脂脱为先天不足,后天失

养,兼挟湿、热、瘀的本虚标实之证。治宜补益肝肾、健脾化浊、活血清热、启窍生发,药用益发A(主要药物有制首乌、女贞子、黄芪、山楂、蒲公英、甘草等)。将益发A制成口服液,其中含生药67.2%。每次1支,每日2次口服。同时用益发B外用配(含生药25%,主要药物有刺五加、人参叶、川椒、侧柏叶、川芎、冰片等)涂擦患处,每日2次,总有效率达79.1%。

杨修策^[9]用内服(由白芍、羌活、木瓜、天麻、菟丝子组成),同时外洗(麻叶、桑叶,用淘米水浸泡,取其浸出液外洗头部即可),总有效率为94.1%。

3. 外治法:

孙玉齐^[10]取中药透骨草除湿活血之功效,治疗脂溢性脱发,用其煎汤外洗患处,收效颇佳。具体用法是透骨草60克(鲜草加倍),加水2000ml煎20min后取汁,待温度适宜时外洗头发,每日1次,连洗7日为1个疗程。

侯显增等^[11]将99例脂溢性脱发患者各分为两组,1号组外用乌斯曼育发露,2号组外用黑百合育发露。前者主要成分是乌斯曼,后者主要成分是2%敏乐陡,两者除主要成分不同外,其余成分及基质基本相同。临床对比观察结果表明,两者的治愈显效率、总有效率均无显著差异。(乌斯曼为箱蓝的叶或茎叶,盛产于中国新疆等地区。)

徐春美^[12]以自制生发配外涂治疗脱发210例,总有效率95%,其主要成分为松针0.76克,斑螫0.6克、毛姜3克,辣椒4.7克、水杨酸0.94克。

4. 针灸疗法:

向谊^[13]根据证型分治,湿热上蒸型:以梅花针沿阳明经叩刺,并加针刺足三里、三阴交穴,并酌情擦以生姜活血荣发;血虚内燥及肝肾阴虚型:除用叩刺加生姜外,配合针刺凤池、百会、头维等穴位,共治疗脂溢性脱发83

例,总有效率为87%。

钟梅英^[14]用梅花针弹刺脱发区、紫外线照射治疗脱发102例,总有效率100%。

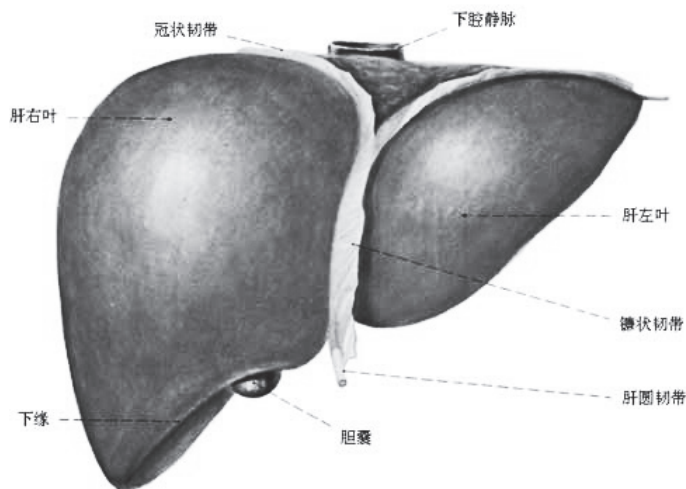
参考文献

- [1] 刘维,陈达灿教授论治脂溢性脱发经验撷萃,《[J]中医中药学刊》,2004,22(1):10-11
- [2] 张苍,陶洋,陈凯,天麻钩藤饮治疗脂溢性脱发经验,《[J]中国中西医结合皮肤性病学杂志》,2003,2(2):120.
- [3] 丁雄飞,喻文球治疗脂溢性脱发经验,《[J]江西中医药》,2005,36(6):7281
- [4] 傅丽珍,葛正义,辨证治疗脂溢性脱发100例,《[J]浙江中医药杂志》,1998,33(4):166.
- [6] 魏跃钢,辨证治疗脂溢性脱发84例,《[J]南京中医药大学学报(自然科学版)》,2002,18(4):251.
- [7] 杨慧敏,王长华,张广中,脂溢性脱发80例中西辨证施治特点分析,《[J]中国中西医结合皮肤性病学杂志》,2005,4(4):238-239
- [8] 戴秀娟,脂溢性脱发的中医治疗,《[N]1中国中医药报》,2006.11.11
- [9] 杨修策,内外合治脂溢性脱发34例,《[J]国医论坛》,2001,16(5):35.
- [10] 孙玉齐,透骨草外洗治疗脂溢性脱发,《[J]中医外治杂志》,2000,(4):43.
- [11] 侯显增,熊春萍,张滨岳等,乌斯曼育发露治疗斑秃和男性型秃发疗效报告,《[J]中华医学美容杂志》1998,4(1):30~31.
- [12] 徐春美,生发配治疗脱发210例,《[J]湖南中医杂志》,2002,(1):44.27~28.
- [13] 向谊,梅花针治疗脱发83例,《[J]南京中医药大学学报》,1996,12(2):51.
- [14] 钟梅英,梅花针加紫外线照射治疗脱发102例,《[J]中国针灸》,2000(4):234.

脂肪肝

的研究动态和发展趋势

新加坡·陈蓓琪



当肝内脂质含量超过湿重5%，或肝组织切片光镜下每单位面积1/3以上肝细胞有脂滴存在时，即称为脂肪肝^[1]。B超可检出肝脂肪含量达30%以上的脂肪肝。现在临床上多将脂肪性肝病分为酒精性脂肪性肝病和非酒精性脂肪性肝病。

1. 西医对脂肪肝的研究进展

1.1 病因病机研究

现代医学认为，脂肪肝不是一个独立的疾病，而是由多种疾病和原因引起的肝脏脂肪性变。最常见因素有肥胖、酒精中毒、高脂血症、肝炎、糖尿病等，其次为营养失调、药物毒性、妊娠、遗传因素等。

脂肪肝的发病机制至今尚未完全明确，可能与以下几方面有关：

① 脂肪代谢异常：游离脂肪酸输送入肝增多；游离脂肪酸三酰甘油合成增加；脂肪酸在肝线粒体 β 氧化减少；极低密度脂蛋白合成分泌减少，三酰甘油转运障碍；

② 激素影响：雄激素、皮质醇、生长激素、胰高糖素、胰岛索及胰岛素伴生长因子等，通过改变能量代谢来源而诱发脂肪肝形成^[2]；

③ 环境因素：饮食、营养状态、食物污染、HBV和HCV感染等因素与脂肪肝及其并发脂肪性肝炎、肝硬化有关^[3]。

④ 遗传因素：无论是酒精性或非酒精性，都存在一定的遗传发病因素。肥胖和糖尿病的脂肪肝大多为可逆性。

⑤ 氧应激及脂质过氧化损伤：促氧化物增多和抗氧化物减少的氧应激，可致分子氧的游离基或反应性氧(ROS)产生增加，不饱和脂质过氧化生成过氧化脂质；

⑥ 免疫反应：新抗原表达、淋巴细胞表型改变、体液抗体及细胞因子出现与免疫反应有关；

⑦ 肝筛改变：肝筛结构和功能的变化可引起脂质代谢障碍导致脂肪肝、肝纤维化和肝硬化；

- ⑧ 游离脂肪酸的作用：肝脏脂肪氧化磷酸化和脂肪酸的 β 氧化受损在脂肪性肝疾患的形成过程中起着关键作用；
- ⑨ 缺氧和肝微循环障碍：长期严重的脂肪肝可因肝内代谢严重紊乱或者脂变的肝细胞压迫肝窦，引起肝细胞缺血坏死，从而诱发肝纤维化、肝硬化^[4]。

1.2 西医疗疗

目前以及早治疗，防止其并发症为基本原则。采用积极治疗原发病、饮食治疗、运动治疗以及药物治疗等方法，由于脂肪肝的发病机制尚未明确，目前西药仅作为辅助治疗。应用于临床的有降血脂药如苯扎贝特、非诺贝特、普伐他汀、辛伐他汀、洛伐他汀等；抗氧化剂如维生素E、甜菜碱、 β 胡萝卜素、牛磺酸、月见草等；细胞保护剂如水飞蓟素、多不饱和和卵磷脂、熊去氧胆酸等；糖、脂代谢调节剂如罗格比酮、匹格列酮等；亦可应用抗内毒素治疗，口服肠道不吸收抗生素或乳酸杆菌调整肠道微生态^[5]。其中，降血脂药物的运用方面仍有争议。目前认为不伴有高脂血症的NAFLD，原则上不用降血脂药物，伴有高血脂者在综合治疗的基础上可用降血脂药物，必要时联用保肝药物，密切观察肝功能。

2. 中医对脂肪肝的研究进展

2.1 病因病机的研究

脂肪肝是现代医学的病名，中医学中无脂肪肝的病名，但对其病因病机、症状表现很早就有论述。如《素问·藏气法时篇》云：“肝病者，两胁下痛引少腹”；《济生拔粹》云：“风寒暑湿得以外袭，喜怒忧思得以内伤，食啖生冷，过饮寒浆，扰动冲和，如是阴气当生不升，阳气当降不降，中焦痞塞，必成胀满”；《金匱要略·五脏风寒积聚篇》云：“积者，脏病也，终不移”；《古今医鉴》云：“胁痛者，……若因暴怒伤触，悲哀气结，饮食过度，冷热

失调……或痰积流注于血，与血相搏，皆能为痛”等。脂肪肝以体形肥胖，肝脏肿大，右胁疼痛、不适，倦怠乏力，舌质淡红，舌苔白腻等为主要临床特征。可归属于中医“胁痛”、“积聚”、“肝着”、“痞满”等病证范畴，与中医理论的痰、瘀、湿、积有关。

关于脂肪肝的病因方面，中医认为多责之于饮食不节、嗜食肥甘厚味、恣饮醇酒、贪逸少劳、七情郁结^[6]；同时认为感受湿热疫毒是形成肝炎后脂肪肝的主要原因之一^[7]。

病机方面，目前主要认为是肝郁脾虚、气滞湿阻、痰浊瘀血互结，导致肝脏脉络痹阻，胆汁排泄失畅而形成脂肪肝^[8,9]。另有潘氏^[6]等认为脾肾肝三脏功能失调是病机的关键。司氏^[10]认为脂肪肝的发生除与痰、湿、瘀、毒主要病理产物影响有关外，机体气血亏虚，肝肾阴虚，水不涵木与本病的发生有关。刘氏^[11]则提出应重视肾在脂肪肝形成过程中的作用，并强调固肾助阳法的应用。总之，脂肪肝的病位在肝、脾，累及于肾，涉及胃、胆。病性属本虚标实证，本虚者，主要见肝脾肾不足为本虚；标实者，瘀血、湿热、痰饮、气滞，且多以兼夹方式出现。病机为痰湿内停，血瘀气滞为主。主要病理产物为瘀血、痰饮、湿热。

2.2 中医辨证论治

辨证论治是中医学的精华所在，近15年来不少学者针对脂肪肝的辨证施治进行了有益的探索。1992年中国中医药学会肝病委员会制定了脂肪肝辨证分型标准，将其分为湿热中阻、肝郁脾虚、肝肾阴虚和瘀血阻络4型。同时，经过临床统计发现以肝郁脾虚型患者较多见，肝肾阴虚型和瘀血阻络型者较少见^[12]。

王氏^[13]将脂肪肝分为4型施治：肝郁气滞型予以疏肝理气，柴胡疏肝散加减；气血瘀阻型治以疏肝理气、活血止痛，膈下逐瘀汤加减；痰浊内阻型予以疏肝理气、化痰散结，四逆散合导痰汤加减；正虚瘀结型予以大补气

血、活血化瘀，八珍汤合化积丸加减。

姚氏^[14]将本病分4型：气郁滞型予柴胡疏肝散；气滞血瘀型予消脂通络方；痰阻血瘀型用陈皮、胆南星、泽兰等药；肝郁湿瘀型用柴胡、枳壳、木香等药，并设对照组(用肝泰乐、烟酸肌醇脂片)，治疗46例，结果治疗组总有效率为83.3%，对照组为68.8%($P<0.01$)，认为中药优于单纯西药治疗。

金氏^[15]将本病分为5型：肝气郁结型予柴胡疏肝散加减；痰湿困阻型予平胃散加减；湿热内蕴型予加味柴胡汤；瘀血阻络型予复元活血汤加减；阴虚肝郁型予滋水清肝饮加减，共治疗76例，疗程为3个月，总有效率达96.1%。

杨氏^[16]等将本病分6型辨证治疗：肝郁气滞型方用逍遥散或柴胡疏肝散加减；肝胆湿热型方用小柴胡汤合茵陈蒿汤加减；痰湿内阻型方选平胃散合二陈汤加减；瘀血阻络型方选膈下逐瘀汤加减；肝肾阴虚型方选滋水清肝饮加减；脾肾亏虚型方用四君子汤合真武汤加减。

曹氏^[17]治疗60例脂肪肝患者，按中医辨证论治分为3型：痰浊中阻型治宜燥湿化痰祛浊，用二陈汤合三子养亲汤加减；脾气虚弱型治宜益气健脾化痰，用参苓白术散加减；气滞血瘀型治宜理气活血、化瘀通络，用血府逐瘀汤加减。总有效率达93.3%，并认为各证型治疗中，痰浊中阻型疗效最好，脾气虚弱型次之，气滞血瘀型最差。

吴氏^[18]分3型共治疗87例，肝郁脾虚型用柴芍六君子汤加减；痰湿内阻型用柴胡胃苓汤加减；瘀血内阻型用血府逐瘀汤加减，3个月为1个疗程，1~2个疗程后，总有效率为89.7%。

朱氏^[19]分3型治疗52例脂肪肝患者，其中肝郁气滞型(17例)，以逍遥散加减；痰湿内阻(23例)以平胃散加味；痰瘀阻络型(12例)，药用当归、赤芍、佛手、白芍、何首乌、黄芪、炙鳖甲、生牡蛎、半枝莲、丹参、山楂等进行

治疗。结果临床治愈19例，有效30例，无效3例，总有效率达94.2%。

2.3 其他中医治疗

近年来，许多临床医生通过自己的临床经验结合辨证，采用了自拟专方、针灸、针灸配合中药、中西医结合等方法治疗脂肪肝，也取得了较好的疗效。

李氏^[20]用降脂复肝汤(醋柴胡、白芍、草决明、菊花、益母草、丹参、山楂、制首乌)治疗脂肪肝35例，临床治愈15例，总有效率达94.3%。

周氏^[21]自拟茵陈丹参降脂方(茵陈、丹参、赤芍、怀山药、山楂、泽泻、车前草、柴胡、郁金、防己、大黄、甘草)治疗本病35例，总有效率达94.30%。

项氏^[22]以消脂护肝汤(泽泻、生山楂、柴胡、丹参、生鳖甲等)治疗本病50例，治愈39例，总有效率为98%。

祝氏等^[23]自拟消脂汤(桑寄生、何首乌、巴戟天、象贝、白芥子、赤芍、枳壳、郁金、泽泻、草决明、丹参)随证加减治疗本病68例，取得显著疗效。

姚平^[24]将176例患者随机分成2组，治疗组88例予分消肝脂灵(黄芪、枸杞子、何首乌、山楂、泽泻、丹参等)，对照组88例(服用非诺贝特、藻酸双酯钠、维生素C、维生素B)，3个疗程后评定B超下肝内脂肪浸润程度及血脂等，结果治疗组总有效率为96.6%，对照组为59.1%($P<0.01$)。

翟氏^[25]以疏肝活血化痰汤(柴胡、郁金、赤芍、桃仁、半夏、大黄等)治疗脂肪肝42例，对照组40例(服月见草油软胶囊、护肝片、谷维素)，3个月为1个疗程，结果治疗组总有效率为92.9%，对照组总有效率为62.5%($P<0.01$)。

冯氏^[26]以祛脂方(虎杖、丹参、川芎、山楂、柴胡、白术、泽泻、灵芝、女贞子、昆布、桑寄生、甘草)，治疗164例脂肪肝患者，

并与用凯西莱治疗作对照,治疗组总有效率为**96.95%**,对照组总有效率为**85%**($P<0.01$)。

张氏^[27]等以祛脂汤(丹参、山楂、何首乌、决明子、泽泻、郁金、苍术、桔梗)配藻酸双酯钠治疗脂肪肝**35**例,并设对照组**23**例(服维生素C片、维生素E、藻酸双酯钠片)。1~3个疗程后,治疗组总有效率为**91.4%**,对照组总有效率为**73.9%**。对比治疗组和对照组在临床症状、血脂、肝功能、B超及CT检查等方面,发现差异有非常显著性意义($P<0.01$)。

卢氏^[28]采用中西医结合方法治疗**69**例脂肪肝患者,随机分为两组,对照组**30**例,予口服益肝灵、凯西莱、维生素E;治疗组在对照组治疗的基础上同时口服中药(由制首乌、泽泻、夏枯草、平地木、虎杖根、石见穿等组成),并随证加减。结果:治疗组总有效率为**84.6%**;对照组总有效率为**53.3%**;治疗组的疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

黎氏^[29]运用针灸配合柴胡疏肝散加减治疗脂肪肝**30**例,取内关、丰隆、天枢、气海、下巨虚、太冲等穴并配以柴胡疏肝散为基本方加减治疗**1**个月后,结果总有效率为**83.3%**。

焦氏^[30]等采用电针治疗单纯性肥胖病并发脂肪肝患者**30**例,穴取中脘、天枢、期门、带脉、阳陵泉等,**3**个月后总有效率达**80.0%**。

从大量文献报道内容来看,中西医在脂肪肝的临床治疗方面均进行了大量的研究工作,而中医方面充分发挥了中医辨证论治、辨因与辨病相结合、辨证与辨病相结合的优势,并结合了现代药理研究,取得了较好的疗效,减少了西药的副作用,对促进脂肪肝的逆转及改善临床症状行之有效,展示出其广阔的发展前景。但目前中医药针对脂肪肝治疗与研究尚处于探索起始阶段,还存在着不少问题亟待解决,希望今后进一步完善和加强脂肪肝的研究。

主要参考文献

- [1] 陈文彬, 潘祥林. 诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004.9.
- [2] Pinto HC, et al. Dig Dis Sci, 1996, 41(1):172~179.
- [3] Mendenall CL. Curr Opin Gastroenterol, 1993, 9:337~345.
- [4] Kumar-K-S, Malet-P-F. Nonalcoholic steatohepatitis. Mayo Clin Proc, 2000, 75(7):733~735.
- [5] 张金颖, 曾斌芳. 脂肪肝的中西医治疗进展[J]. 新疆中医药, 2007, 25(6):66~68.
- [6] 潘丰满, 杨钦河, 沈英森. 脂肪肝中医病因病机特点探讨[J]. 陕西中医, 2004, 25(9):823~825.
- [7] 赵文霞, 段荣章, 翼爱英等. 消脂护肝胶囊对脂肪肝患者降脂作用的临床及实验研究[J]. 河南中医, 1998, 18(5):298~300.
- [8] 张天录, 刘改莲, 吴斌, 加味四逆散治疗脂肪肝17例疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 1996, 15(2):7.
- [9] 杨大男, 程吉东, 杨爱玲等. 肝脂宁治疗脂肪肝96例临床观察[J]. 中国中医药科技, 2000, 7(2):112~113.
- [10] 司晓晨, 陈文地, 卑其斯. 益肾降脂片治疗脂肪肝34例疗效分析[J]. 江苏中医, 1996, 17(7):8~9.
- [11] 刘燕玲. 浅谈脂肪肝的中医治疗[J]. 北京中医药大学学报, 1995, 18(5):54.
- [12] 王江河. 脂肪肝的中医辨证分析[J]. 中国中西医结合杂志, 1999, 19(4):245.
- [13] 王伯祥. 中医肝胆病学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1993.435.
- [14] 姚国科. 辨证治疗脂肪肝46例[J]. 中国医药学报, 1995, 10(6):31.
- [15] 金群. 中医分型辨治脂肪肝76例[J]. 江苏中医, 1997, 18(8):10.
- [16] 王利军, 杨学峰. 中医对脂肪肝的认识及辨证施治[J]. 中医研究, 2002, 35(1):54.
- [17] 曹建春. 辨证治疗脂肪肝60例疗效观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2002, 12(8):490.
- [18] 吴益萍. 辨证分型治疗脂肪肝87例[J]. 实用中医药杂志, 2000, 16(7):14.
- [19] 朱耀群. 辨证分型治疗脂肪肝52例疗效观察[J]. 新中医, 2001, 33(11):26.
- [20] 李书奎. 降脂复肝汤治疗脂肪肝35例[J]. 陕西中医, 1990, 11(5):208.
- [21] 周小平. 茵陈丹参降脂方治疗脂肪肝35例[J]. 陕西中医, 2001, 22(1):8.
- [22] 项凤英. 消脂护肝汤治疗脂肪肝50例疗效观察[J]. 上海中医药杂志, 1996, (4):41~42.
- [23] 祝俊峰, 李卫山. 消脂汤治疗脂肪肝68例[J]. 中西医结合肝病杂志, 2001, 11(2):10.
- [24] 姚平. 分消肝脂灵治疗肝功能异常性脂肪肝88例[J]. 中西医结合肝病杂志, 1997, 7(4):241~242.
- [25] 翟长云. “疏肝活血化痰汤”治疗脂肪肝42例[J]. 江苏中医, 1999, 20(10):20~21.
- [26] 冯会明, 邹春兰. 祛脂方治疗脂肪肝164例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2001, 11(2):13.
- [27] 张敏芳, 李会云, 王珊. 祛脂汤配藻酸双酯钠治疗脂肪肝35例[J]. 陕西中医, 2002, 23(10):903.
- [28] 卢卫强. 中西医结合治疗脂肪肝39例[J]. 实用中医药杂志, 2002, 18(1):32.
- [29] 黎永生. 针灸合用柴胡疏肝散加减治疗脂肪肝30例[J]. 陕西中医, 2009, 30(9):1207.
- [30] 焦琳, 迟振海. 电针治疗单纯性肥胖病并发脂肪肝[J]. 中国针灸, 2008, 3, 28(3):183~186.

世界中联第二届 中医儿科国际学术交流会小记

新加坡·廖凤燕

去年11月27日早上来到了上海这座充满着东方魅力的国际性大都市，为的是要参加世界中医药学会联合会儿科专业委员会第二届中医儿科国际学术交流会。

11月28日早上大会开幕式由虞坚尔教授主持，虞教授介绍了来宾：国家中医药管理局医政司处长崔咏梅，中华中医药学会副会长、上海市中医药学会会长严世芸教授，上海市卫生局副局长、上海市中医药发展办公室主任沈远东教授，上海中医药大学党委副书记何星海教授，世界中医药学会联合会学术部主任李鹤白，中华中医药学会学术部主任刘延华，世界中医药学会联合会儿科专业委员会会长汪受传教授，中华中医药学会儿科分会主任委员马融教授等。

参加本次会议的有来自加拿大、英国、加蓬、澳大利亚、叙利亚、肯尼亚、尼泊尔、新加坡、马来西亚、越南、韩国、日本、中国、澳门、台湾等15个国家(地区)的242名代表。

本次会议收到学术论文195篇，经修改、审定，汇编为《世界中医药学会联合会儿科专业委员会第二届中医儿科国际学术交流会学术论文集》。

研讨会上，由王玉光首先作报告“HFMD并发CNS感染的中西医结合诊治进展”，之后是一批海内外专家分别作出了学术报告：汪受

传“让中医儿科学术走向世界”、许云秋“从中医药在英国的发展和现状看中医药走向世界的前景与策略性措施”、洪两“新加坡中医师注册”、黄国健“加拿大中医儿科发展的几点思考”等报告了中医儿科在各国地开展情况。马融“儿科中药量效关系研究”、王雪峰“如何传承和发展中医儿科重点病种特色和优势”、王霞芳“小儿热病诊治剖析”、廖祥琳“儿童白血病化疗后血小板低下之中医治疗”、许慈“中药应用于小儿白血病化疗致肝功能异常之防治”等就中医对多种儿科常见病的临床和实验研究报告了他们的研究成果。海内外代表积极参与，踊跃发言，学术气氛活跃，反映了各国(地区)近年来中医儿科关注的热点问题与研究进展。

大会的成功举办，得到了上海市中医药管理局、上海市中医药学会、上海市中医医院、江苏济川药业集团等的大力支持，作出了卓有成效的工作，大会在11月30日圆满闭幕，当晚主办当局特设晚宴招待各国参与者与代表，大家都尽欢而散，并相约明年九月初英国伦敦再相聚，在“加强各国中医儿科工作者的团结合作，促进中医儿科事业共同发展”的主题下，将我们共同的中医儿科事业在全世界不断推向进步。

出席世界中联 第二届第八次理事会与第七次监事会暨 《首届全球化与人类健康高峰论坛》报告

新加坡·林钊华



世界中联第二届第八次理事会与第七次监事会暨《首届中医全球化与人类健康高峰论坛》于4月15日至18日假中国云南昆明成功举行，我会代表是世界中联副主席赵英杰和常务理事林钊华。



一、开幕仪式

世界中联第二届第八次理事会与第七次监事会暨首届《中医全球化与人类健康高峰论坛》，由世界中联主办，云南中医学院和云南中医医院联合承办。

开幕仪式于16日上午举行，由世界中联李振吉副主席兼秘书长主持，云南中医学院院长李玛琳教授致欢迎词，余靖主席致开幕词，致

词的还有世界中联监事会拉蒙主席、云南省高峰副省长、云南省卫生厅陈觉民厅长、中医管理局于文明副局长等，高度评价世界中联所作的一切贡献和所取得成就，其中包括推动中医药国际化所作的努力，以及中医药对人类健康事业所扮演的重要角色。出席中医学者、专家、教授及医师等约两百多人，汇集论文精选的有82篇，内容丰富深广。当天作专题演讲



的有李振吉副主席兼秘书长的《世界中联在中医药国际交流与合作中的地位与作用》；世界中联常务理事英国中医药学会会长沈惠军的《英国中医立法的12年历程和结局》；世界中联常务理事美国美洲中医学院院长黄立新的《美国中医药发展情况与中医药在濒危动植物保护中的角色》；云南中医学院副院长熊磊的《云南中医学院对外教育的实践与思考》；云南省中医医院院长秦国政的《人类健康面临的挑战与中医药的优势》等，受到与会者的关注。之后还有论文发表。我会赵英杰副主席也受邀主持了论文发表会。

二、理事会会议

理事会议于16日下午开始，17日上午继续至下午结束。参加会议的有来自世界各国和地区的七十余位代表。

会议经过讨论审议，原则上通过以下几个主要议题。

- 1、《国际中医药专业技术职称考试（评审）办法》
- 2、《世界中医药大会组织办法》
- 3、《世界中联第三次代表大会章程修改》
- 4、《世界中联第三次代表大会选举办法》

上述议题，我会及许多与会代表都提出一些建设性意见，受到理事会的重视。

三、2012年 《世界中医药大会》的申办

在马来西亚华人医药总会代表申办说明后，会议一致通过2012年《世界中医药大会》在东马古晋举行，希望各国及区域中医药界人士给予大力支持和响应。

四、听取《2011年第八届世界中医药大会》筹办情况汇报

由英国中医药学会沈惠军会长报告。此次大会于2011年9月2-3日在伦敦召开，希望各国中医界人士热烈报名参加。

五、中医药国际贡献奖的获得

2010年中医药国际贡献奖由新加坡南洋理工大学获得。

六、关于中医药国际化

李振吉秘书长报告，ISO已接受世界中联所提呈的《中医药国际化》体系所有的文件，他吁请各国与区域代表们努力争取当地标准局的大力支持，希望能得到ISO的认可。

七、通过新会员

根据《世界中医药学会联合会章程》第三章第七条、第八条规定，巴西中国医药及文化研究中心、荷兰医师针灸师协会、区域间公共组织中医医师学会等3个中医药机构，经第二届常务理事会通讯表决，正式通过成为世界中联团体会员。





世界针联与世界针灸医学发展的现状和趋势

世界针联·邓良月

世界针灸学会联合会(WFAS)成立于1987年,总部设在中国北京。WFAS是在世界卫生组织直接指导之下建立的针灸团体的国际联合组织。1998年与世界卫生组织建立非政府性正式关系(NGO),2010年被国际标准组织ISO/TC249中医技术委员会接纳为A级联络组织。

一、世界针联发展概况

(一) 世界针灸学会联合会基本情况

WFAS的宗旨是促进世界针灸界之间的了解和合作,加强国际间的学术交流,进一步发展针灸医学,不断提高针灸医学在世界卫生保健工作中的地位和作用,为人类的健康做出贡献。

WFAS的主要任务是组织世界针灸学术活动,宣传推广针灸,争取各国针灸合法地位;开展针灸教育与医疗服务;出版针灸学术刊物;制定和推广有关针灸的国际标准等。

《世界针灸杂志》为针联主要学术刊物,发行到30多个国家和地区;《世界针联通讯》,作为会刊发往世界针联会员团体。“世界针灸学会联合会网站”<http://www.wfas.org.cn>为本会网络平台和宣传载体。

成立近二十四年来,根据《世界针联章程》和《世界针联2007-2016发展战略》,通过全体会员团体的共同努力,WFAS致力开展针灸学术交流、针灸教育、针灸立法、针灸医疗、针灸培训与考试、针灸科学研究与信息平台建设等工作,在促进世界针灸界之间的了解与合作,加强国际间的学术交流,进一步发展针灸医学,维护针灸工作者的权益,确立针灸医学在世界卫生工作中的重要地位,以针灸为人类健康服务等方面,做出了积极的贡献。

(二) 世界针灸学会联合会组织发展壮大

世界针灸学会联合会创建之初只有四十多个团体会员,均为各国针灸学会。根据

世界针灸医学发展的需要，世界针联工作任务的拓展，为了进一步提高WFAS的学术水平，2004年WFAS在澳大利亚召开的第六届会员大会上对WFAS章程中关于会员的规定作了修订，可以吸收学术机构和大学作为世界针联的团体会员。

此后，WFAS从单一接纳针灸学会，到积极吸收针灸科研、医疗、教育等团体和机构，使世界针联组织结构更加合理、覆盖面和代表性更加广泛，推动世界针灸医学发展的能力进一步增强。

根据章程规定对长期与秘书处失去联系的20多个团体，终止了其会员资格。截止到2010年11月，WFAS共有团体会员135个，分布于50个国家和地区，代表着全世界20多万名针灸工作者。

(三) 针灸学术交流、教育发展不断深入，影响力日益增强

1987年至2011年，共组织召开世界针灸学术大会10次，组织召开国际针灸专题学术研讨会18次，会议规模、层次、水平越来越高，学术影响力越来越大。与世界卫生组织共同举办、东道主政府支持、中国政府管理部门和东道主政府高级官员参会，各国派出高水平的针灸学者团队参加会议，各大学和研究机构发表最新研究成果，著名学者发表具有深远影响力的演讲，已经成为世界针联学术会议高层次、高水平的显著标志。

WFAS会议的召开都在当地产生良好与深远的影响，促进当地针灸的应用，促进针灸立法，促进针灸进入医疗保健体系。举办世界针联学术会议已经成为各国会员组织的荣耀和扩大影响的途径。

(四) 针灸合法化工作取得成效

1996年，WFAS根据世界针灸形势发展的需要，把“争取各国针灸合法地位”作为世界针联的一项重要任务写入章程。号召全体会员为在世界上实现针灸的合法化努力奋斗。许多

会员团体不畏艰难困苦，为促进针灸在本地区、本国的合法化做出了艰辛努力。世界针联总部也向一些国家的有关部门和政府官员致函致电，促进针灸立法工作。进入二十一世纪以来，很多国家实现了针灸的合法化，如2000年澳大利亚维多利亚省实现了中医合法化，泰国在全境实现中医合法化；2001年新加坡针灸合法化；2002年墨西哥针灸合法化；2003年印尼政府允许在国家医疗机构使用针灸；美国50个州中有40多个州立有《针灸中医法》。很多国家如巴西等也正在积极努力争取立法。

(五) 与世界卫生组织(WHO)、国际标准化组织(ISO)的交流与合作密切深入

1984年，在世界卫生组织西太区办公室主任中岛宏博士的支持下，世卫组织召集各国针灸专家共同商讨制定国际针灸穴名标准，在会议期间，各国专家提议成立世界针联，在世界卫生组织的支持下，世界针联于1987年在北京成立。通过十年的考察，世界卫生组织于1998年与世界卫生组织建立正式工作关系。世界针联成为世界上唯一的与世卫组织建立正式关系的针灸国际组织，WFAS与世界卫生组织已经连续签署和执行了4个三年合作计划。

世界针联与世界卫生组织之间的合作包括：共同主办世界针灸大会、针灸学术会议，互派代表参加对方的重要会议并提供咨询意见，推广世界卫生组织颁布的针灸国际标准，收集世界各国有关针灸的政策信息，为世界卫生组织制定相应的政策提供参考，与世界卫生组织合作开展针灸项目，如世界卫生组织针灸命名标准、世界卫生组织西太区经穴部位标准等。

2010年6月，国际标准组织ISO/TC249中医技术委员会正式成立，在第一次全体大会，WFAS与ISO/TC249建立了A级联络组织关系，积极开展标准化工作。与ISO/TC249建立了A级联络组织关系后，WFAS能够参与ISO/TC249的各项活动，能够及时获

得ISOTC249的最新信息,同时具有对ISO/TC249的提案权。

(六)世界针联标准化工作成绩突出

WFAS自成立以来一直重视针灸规范和标准化工作。

第一,积极参与世界各国的标准化活动。首先参与世界卫生组织的标准化活动,翻译了《针灸命名标准》、《针灸临床研究方法指南》、《针灸基础培训与安全规范》三项标准,并制成合订本出版。委派专家参与世界卫生组织西太区标准《经穴定位》的研究与制定。参与韩国主办的一次性针灸针国际标准国际论坛,参与中国以及ISOTC249成立后所组织的多次国际标准化会议。

第二,世界针联举办了一系列的标准化会议,如2007年二十周年大会中的标准化论坛,2008年世界传统医学大会中的立法、教育、标准化专题研讨会,2009年的世界针联国际标准化专题研讨会,2010年5月,在北京举办的针灸标准化国际研讨会。

第三,为保证世界针联的标准制定公开透明,制定程序民主,能够反映全局利益,WFAS根据ISO导则制定了《世界针灸学会联合会行业标准制定导则》,世界针联所有的标准将严格按照该导则执行。

第四,为加强标准化工作的领导完善组织机构,2010年11月的针灸标准化工作委员会上,通过了关于《增补标准化工作委员会成员的建议》,加大执委会对标准工作的领导力度。

第五,经过3年的努力,于2010年12月,WFAS已经完成了针灸针、耳穴名称、头皮针和艾灸操作规范的标准草案,即将进行表决,预计2011年5月前发布。

(七)世界针联工作向宽领域、高层次拓展

近十年,世界针联的工作呈现出向宽领域、高层次拓展的良好势头,从以开展学术交流、促进针灸合法化为主,向针灸教育与

考试、针灸医疗、针灸科学研究与信息平台建设等工作领域拓展。如编写出版了世界针联《国际针灸学教程》、为国外著名大学培训针灸师资队伍,举办世界针联国际针灸培训班、开展国际针灸医师水平考试、合作创建世界针联针灸医疗机构,开展针灸国际标准研究等等;合作层面从以学术团体、民间机构为主,提高到与国立著名大学、政府机构加强联系与合作的层次。

为提高世界针联的学术水平,吸收高层次人才和机构参与世界针联活动,发展针灸教育,2006年在印度尼西亚第六届执委会第三次会议决定成立大学协作工作委员会。2008年11月7日正式成立,制定了工作规程,确定了组织机构。大学协作工作委员会成立以来,已经有30所大学加入,中国大学共计16所,其他国家14所,如,北京中医药大学、美国马里兰大学、澳门科技大学等。大学协作工作委员会,还在中国9所大学建立了教育基地。

大学协作工作委员会的主要任务是:建立大学交流的平台,为世界各国大学开展针灸教育服务;建立世界针灸学会联合会教育基地,规范针灸教育,提高针灸教育水平;帮助会员建立友好学校关系,推动合作办学,制定学生、教师互换计划;研究针灸教学学制、教学大纲、合作编写针灸教科书和教学参考用书;积极推广针灸经验和新技术,提高针灸医生医疗水平。

大学协作工作委员会成立以来,组织编写了《国际针灸学教程》英文版和法文版。组织召开学术会议2次,工作会议5次。

我们真诚的欢迎意大利的大学能够加入到WFAS大学协作工作委员会的队伍中来。

二、世界针灸医学发展的现状及趋势

针灸医学发源于中国,具有几千年的悠久历史,是经过历史检验行之有效的医学,随着针灸医学在世界范围内的广泛传播和应用,针灸医学形成了一些新的发展趋势。

大体而言，当今针灸医学有四大发展趋势：一是针灸国际化的不断推进；二是针灸进一步的规范化；三是针灸应用范围扩大化；四是针灸科研的多元化。

(一) 针灸国际化

1. 中国悠久的针灸历史，深厚的文化积淀，是厚积薄发的基础

针灸医学发源于中国，具有几千年的悠久历史，在发展过程中，吸收了当时自然科学和社会科学的精华，经过几千年的临床实践检验，是身心一体，人与自然、社会和谐医学。

2. 国际医学发展潮流，突破西医的固有模式

二十世纪西方医学在迅猛的发展，逐渐突破原有模式，建立起了生物—心理—社会的医学模式，这与传统医学具有共通之处，为国际社会以开放的心态认识针灸奠定了基础，也为针灸与现代医学接轨敞开了大门。另外西方医学对药物的副作用的认识更加深入深刻，对传统医学尤其是非药物疗法产生了浓厚兴趣。

3. 全球化为针灸医学发展提供了机遇

上个世纪以来，全球化的进程由经济、政治层面逐渐深入到文化，推动了世界文明的大交流，促进了人类文明的共享，为具有突出传统文化色彩的针灸医学在国际上发展提供了良好机遇。西方社会愿意了解、接受并应用针灸医学，造成了一种国际化趋势。

1971年中国政府对外公布针刺麻醉的科研成果，引起世界的广泛关注。1972年，尼克松访华后，在西方发达国家掀起了第一次世界“针灸热”。经过30多年的发展，针灸在世界各国都取得了

长足的进步，世界范围内正在兴起以针灸进入大学教育体系，针灸标准与规范逐渐建立，各国针灸科研广泛开展为标志的第二次“针灸热”。

(二) 针灸规范化

针灸医学的规范化，包括针灸的法制规范化、针灸教育规范化、针灸行业标准建立等。

1. 针灸立法

越来越多的国家看到针灸医学的疗效，认可并愿意接受针灸医学。为了有序、安全、有效的应用针灸，很多国家或地区开始对针灸医学立法。

有的国家虽然尚未对针灸立法，但是，由于人们，包括保险公司对针灸疗效的认可，普遍愿意接受针灸治疗，针灸已经进入医疗保险体系，对于接受针灸治疗发生的费用，可以报销。

2. 教育规范化

首先是学历教育规范化，很多国家根据各自的教育体制，在大学开设针灸课程、设立针灸专业，开展正规针灸学历教育，培养了一批批具有专业理论和专业技术的高素质针灸人才。针灸医学的学历教育意味着针灸已经本土化，对于针灸在当地的发展具有重要意义。只要开设了针灸学历教育，对于针灸立法就只有一步之遥。同时，开展学历教育，实现针灸教育的正规化，有利于提高针灸从业人员素质，从而提高针灸临床疗效。

其次是继续教育规范化，很多国家根据世界卫生组织的针灸教育培训标准，对已经从事针灸医疗的人员开展针灸继续教育与培训，并组织相关考试，对针灸从业人员系统培训与考核。如：巴西中医针灸学会，根据世界卫生组织的针灸

教育培训标准,开展了巴西针灸从业人员培训,并在世界针灸学会联合会的主持下进行了针灸从业人员资格考试,在巴西针灸界反响很大,受到巴西针灸从业人员的广泛关注与好评。

3. 针灸行业标准

ISO、WHO、WFAS都重视针灸标准的制定,各国针灸学术团体也积极制定针灸的相关标准。ISO成立了新的技术委员会TC249,专门用来制定中医针灸标准,WHO已经制定针灸相关标准4个,WFAS2011年将发布4个行业标准。中国已经制定三十多项针灸国家标准。这些标准的出台为针灸医学的国际化发展创造了更加规范的环境,也进一步推动了针灸医学标准化的进程。

(三) 针灸应用范围扩大化

针灸的常用范围,如对运动神经系统疾病、疼痛等症的疗效受到患者与医疗工作者的广泛认可。在此基础上,其应用范围逐渐扩大,目前内、外、妇、儿科等多科室都采用针灸疗法,比如:针刺用于缓解分娩痛等;针灸应用于某些急症和重大疑难疾病,如:癌症、肝炎、艾滋病、糖尿病等,或应用于某些重大疑难疾病的某个阶段或某个治疗过程,如:河南中医学院采用艾灸治疗艾滋病腹泻获得显著疗效。

世界卫生组织公布针灸有效病症共计43种。根据中国天津的学者统计,目前针灸适应症分为四级病谱,共计461种。针灸传统优势病种阵地得到进一步巩固,新的领域也在不断拓展,针灸疾病谱在逐渐扩大。

(四) 针灸科研多元化

针灸科研的多元化主要体现在针灸的多学科、多地域科学研究。

1. 多学科。对于基础理论研究,在传统

文献研究基础上,进一步开展考古学研究,深入挖掘文献古籍的精髓,并采取古今结合的方式,将文献古籍与现代书籍研究相结合。比如:对经络实质的研究采用了多学科研究方法。

科研理念和科研技术的跨学科。在原有科研理论上,采用当今世界先进的科研理论,如:混沌理论、量子物理。

在声、光、电、磁等原有科研技术的基础上,引进先进的现代科研技术。

2. 跨地域。越来越多的国家开展跨国和跨地域联合研究,建立跨地域多临床研究中心,共同探讨研究方法、开展研究项目、分享研究成果。当代的针灸研究,已经在全球范围内广泛开展,并且日益表现为多学科介入、多地域合作的特征。例如:针灸的有效性研究,针灸穴位的特异性研究等。

3. 针灸科研经费不断增加。德国投入几千万欧元开展了针灸有效性研究,这在以前是不可想象的,这充分说明针灸医学的研究与发展得到越来越广泛的关注。针灸科研经费的不断增加,加速了针灸科研的多元化发展;针灸科研的多元化发展,促进了针灸医学的国际化 and 规范化。

三、针灸医学发展的挑战

针灸医学在国际化、规范化、应用广泛化、科研多元化的发展趋势下同样面临着巨大的挑战。

(一) 文化冲突

东方传统医学与西方现代医学的本质都是研究人体,两者根据不同的理论,采用不同的研究方法,最终达成一致的目的;但是两者的出发点、实验手段和发展历程却有很大的区别。东西方医学的话语体系截然不同,要使两

者融合在一起，需要一个很长的过程，所以针灸医学的国际化需要东西方医学共同的努力。一方面需要针灸医学自身的发展，用现代语言揭示针灸医学的科学内涵；另一方面，需要现代医学进一步发展，从现代医学的角度发现针灸医学的科学价值。

(二) 针灸医学科学性、有效性面临的挑战

针灸医学的科学性、有效性，及治病机理的揭示，依然是制约针灸医学成为主流医学的瓶颈。2010年Simon Singh和Edzard Ernst编写的“Trick or Treatment?: Alternative Medicine on Trial”，就认为针灸是安慰剂，在世界范围内都引起了轩然大波。虽然这本书本身没什么值得称道的地方，因为，作为一个学术论著，在论证重要问题时，基本用讲故事，讲个案的方式论述，并且存在歪曲事实的现象，严重缺乏科学精神。但对于针灸从业人员来说，如何证实针灸的有效性，以及揭示针灸的作用机制，已经刻不容缓了。

借此机会，我也想澄清一个概念，即安慰剂与安慰剂效应。首先，针灸不是安慰剂。世界各地的许多研究都证实了针灸的有效性，尤其是德国2006年发布的研究成果，完全按照随机对照双盲的方法治疗膝痛和偏头痛，证明针灸有效。其次，针灸不排斥安慰剂效应。安慰剂效应在针灸的经典理论，属于“治神”的内容，事实上针灸治疗过程中非常强调“治神”，并且尽量合理应用“治神”，也就是说充分发挥安慰剂效应来协同针灸治疗疾病。简而言之，针灸不是安慰剂，但是，针灸合理地利用安慰剂效应。

1. 缺乏治病机理的科学数据

针灸医学的治病机理没有得到揭示，长期以来都是依照针灸经典记载的理论和针灸临床经验，而不是科学数据。对针灸医学的治病机理的研究同样至关重要，是体现针灸科学性、有效性的基础。

2. 缺乏客观指针

针灸医学长期以来采用主体化的诊疗模式，由于其诊疗缺乏客观的指针，缺乏现代科学及统计学意识，很难量化，很难用现代普遍接受的数据证明其疗效，因此建立针灸临床评价体系迫在眉睫。近年来，针灸界同仁在现代医学流行病学和循证医学的基础上，积极探索符合针灸医学自身特点和规律的针灸临床评价方法，取得了初步的成果，要形成国际公认的评价体系任重而道远。

3. 缺乏规范化

针灸医学长期以来是以个体化的诊疗模式发展，缺乏建立规范的思想，导致行业的发展缺乏规范。然而，规范化是一个学科成熟的标志。缺乏规范性导致针灸医学的科学性和有效性得到质疑，即使立法也很难对针灸有效保障。

(三) 针灸医学内部面临的挑战

1. 传统诊疗方式与现代诊疗方式并存

针灸医学内部存在着两大阵营，一是按照传统医学的理论进行诊疗，另一种是以现代医学为基础进行诊疗。两大阵营代表了针灸医学的两个发展方向。二者应互相协作，取长补短。

2. 医生与非医生并存

另外针灸医学内部，还普遍存在着针灸医生与非医生针灸从业人员的分化。很好地团结这两大团体将有利于针灸医学的规范化，如促进针灸立法、教育等，否则将阻碍针灸医学的快速发展。

四、针灸医学发展的对策

(一) 加强基础理论研究

1. 深入挖掘传统理论

首先是对传统理论的深入挖掘，一定要搞清楚传统理论的真实内涵。这样不仅能有效利用针灸科研经费，能更好地指导针灸临床，促进针灸国际化、规范化。比如：长期对经络认识的偏颇造成过去大量经络研究费用浪费。

2. 采用现代科研办法和科研思路

其次，采用现代的科研办法和科研思路，对针灸医学的核心问题集中突破，如：经络实质和穴位特异性研究。

3. 加强临床研究

加强临床研究，尤其是采用临床随机对照双盲试验、循证医学等方法，切实地证明针灸医学的有效性。

通过以上措施，尽快实现针灸与现代医学的本质上的融合。

(二) 加强针灸医学标准化建设

1. 标准化是一个学科成熟度的重要指标，是保证针灸医学安全性、有效性、质量控制的有效手段。
2. 针灸标准是各国针灸立法的基础，也是针灸学历教育的基础，是开展国际服务贸易的基础，也是规范国际针灸市场的基础。
3. 国际标准的实施将改善国际交流环境、促进国际学术交流，有利于各国共享针灸医学的学术成果和临床经验，也将改善针灸在世界各地学术分部的不平衡。

(三) 突出优势病种的研究，增强针灸医学的竞争力

无论是中医、针灸，其他传统医学、补充替代医学，还是西方现代医学，都具有各自的优势。使各种医学各尽所长，尽最大限度为人类健康服务是我们的共同目标。然而在各种医

学的激烈竞争中，针灸医学和其他传统医学一样都面临着现代科学的检验与挑战。

一方面针灸医学要着重发挥自身优势，突出优势病种的研究；另一方面要在优势病种研究的基础上，不断扩大针灸适用范围、提高针灸医疗服务质量与疗效，增强竞争力。

(四) 坚持在发展中解决问题的理念

1. 对于针灸医学与现代医学的矛盾，只能通过发展来解决，只有针灸医学和现代医学发展到一定阶段的时候，两者才有可能达到统一，矛盾才能最终解决。
2. 对于针灸医学内部的矛盾，只是发展方向的问题，没有孰优孰劣的问题，只能通过不断地发展，互相补充才能真正推动针灸的发展。
3. 对于针灸医学医生与非医生的争执，采取既鼓励针灸新生代的发展，也保护具有针灸传统特色针灸从业者的策略。

(五) 继续努力、抓住机遇，实现针联的宗旨和目标，迎接世界针灸发展更加灿烂辉煌的明天

2010年11月16日，“中医针灸”正式通过联合国教科文组织保护非物质文化遗产政府间委员会第五次会议审议，被列入“人类非物质文化遗产代表作名录”。针灸不仅是中国的文化遗产，也是人类非物质文化遗产之一，在世界范围内提高其共享度，成为服务于全人类生命健康的宝贵资源。

申遗成功不是目的，而是为了更好的保护和传承。同时也是中医针灸获得更好发展的良机，世界针联将继续在世界卫生组织指导下，按照联合国教科文组织《保护非物质文化遗产公约》精神开展各项工作。我们将继续努力，使中医针灸在全社会的认知度进一步提升，与国际社会的对话交流进一步增强，更大范围传承和发展这一人类文化遗产，为全人类的生命健康保障，维护世界文化多样性和人类的可持续发展发挥其应有的积极作用。

新加坡世界针联针灸风采全球行

《针灸实用技术推广研讨会》上的总结报告

中国北京·刘炜宏



今年4月22日为时一天的《针灸实用技术推广研讨会》就要结束了，受新加坡中医师公会的委托，我来做会议的总结。按照预定的计划，我们圆满地完成了本次研讨会的交流，共有7位专家进行了专题讲座。

首先，我们十分荣幸地请到了新加坡马林百列集选区国会议员王世丰医生出席本次研讨会的开幕式上，王医生并发表了热情洋溢的讲话。王世丰医生在讲话中高度赞扬了中医在治疗疾病中的特色，客观地评价了中医与西医的各自优势，并且提出要相互取长补短的进行结合。

开幕式后，首先由世界针灸学会联合会主席邓良月教授做了题为“世界针联与世界针灸医学发展的现状和趋势”的报告。通过报告，大家了解了世界针联的成立、组织结构及工作任务，世界针联在过去的20多年中为世界针灸的发展所作出的杰出贡献。通过邓主席的报

告，大家对未来世界针灸医学的发展趋势有了深入的了解。

新加坡谢斋培医师向大家介绍了自己多年的临床经验，提出两条切身的体会，一是要注重民间疗法的挖掘，二是在临床中要多种疗法并用。随后从中国来的五位医生的讲座充分印证了谢医师的观点。这些医生分别介绍了艾灸、舌针、耳针、火针、穴位埋线疗法。这些技术有时可单独使用，有时可联合应用，它们具有的不同的特色，因此有自己的不同的适应症。我想，从这些专家们的讲座中大家可能悟出3句话：

1. 针灸理论博大精深：

任何技术的产生都来源于理论和实践。我们中医针灸的技术是有着实实在在的理论支撑。如孙介光教授的舌针，就是从脑功能成像中证明了其疗效的确定的。



2. 针灸技术有效实用:

五位专家分别介绍了5项实用技术，其实，近20年来，中国大陆的针灸发展十分迅猛，涌现出许多新型技术，如腹针、浮针、长圆针、小针刀、平衡针等等。新技术的层出不穷，充分证明了针灸技术正朝着实用有效的方向发展。

3. 针灸发展前途光明:

去年11月16日，联合国教科文组织正式把“中医针灸”列入了《世界非物质文化遗产代表作名录》，这意味着什么呢，这意味着，一、中医针灸起源于中国，得到了世界的承认；二、中医针灸不仅是中国的，更是世界的。这里，有一个误解是要澄清的，就是，针灸并不是濒危了需要保护，而是它需要发展和传承。非物质文化遗产的最明显的特征就是它的可传承性和可发展性，而物质文化遗产是不可发展的，如长城，它是不可再生和复制的。因此，列入了世界非物质文化遗产代表作，就意味着中国政府将发展针灸向联合国作出了郑重的承诺，如果没有做到的话，联合国将向中国问责。因此，中国从此必将“大力发展中医针灸”作为工作的目标。因此，中医针灸的发展正面临着大好的机遇。



一天的研讨会内容丰富，时间很紧张。我看到会场始终人满为患，大家积极认真的听讲和提问，我很感动。今天是耶稣受难日，也是大家的公休日，大家利用休息时间来学习，也是怀着一种虔诚和奉献的精神的。在这里，我要感谢新加坡中医师公会为了办好这次活动所作出的积极而卓有成效的工作，感谢在座的各位积极而又认真的学习。希望大家在今后的临床中使用今天所讲的技术，验证这些技术，不断提高自己的医疗水平。

愿我们相聚在北京。

《新加坡中医杂志》稿约



《新加坡中医杂志》是新加坡中医师公会主办、国内外公开发行的专业性学术半年刊。编委群旨在与时俱进，反映新世纪、新年代、新潮流的中医中药的发展史轨迹，举凡中医药、中西医结合的最新科研成果、先进技术探讨、临床经验与医药动态以及中医中药新的解决办法、中医药最新的理论研究、骨伤推拿及其他理疗方法在各科临床的应用、非药物康复治疗经验汇总以及复方制剂的开发与探讨等，《新加坡中医杂志》是会尽心尽力促进中医药，在世界范围内有着更好地发展，为全球人类的生命健康发挥出更大的作用。俾让《新加坡中医杂志》在新加坡这个多元文化的社会环境中，更显其风格的独特。所以《新加坡中医杂志》的内容必须是论点明确、论据充分、结构严密、层次分明、文字精炼，使之成为具科学性、创新性、实用性的三性一体的新加坡品牌杂志。

《新加坡中医杂志》来稿要求：

文稿一般为综述、活动报导勿超过5000字，论著不超过4000字，其它文稿不超过3000字(包括摘要、图表和参考文献)，文题力求简明扼要，突出文章主题，中文一般不

超过20个字，文题中不能使用非公用的缩略语。

编委会欢迎电子稿发到本刊电子邮箱，处理快捷省时和方便。

依照〈国际著作权法〉有关规定，文责由作者自负，如有侵犯版权行为，本刊不承担任何法律责任。凡涉及宗教、政治、人身攻击、触犯医药法令的文章，恕不采用。编委会有权对来稿进行文字修改、删节。凡对修改有持异议者，请在稿末声明。任何文稿，本刊一概不退还。

文稿可以附上中文摘要和关键词(英文部分则省略)，摘要一般在200字左右，内容及格式必须包括论文的目的、方法、结果及结论四部分。而重点是结果和结论，结果中要有主要数据。文稿可标引2至6个关键词，标引关键词应针对文稿所研究和讨论的重点内容。

参考文献，仅限于作者亲自阅读过的近期重要文献，尤以近2年的文献为宜，并由作者对照原文核定。机关内部刊物及资料等请勿作文献引用。参考文献的编号，按照国际GB7714-87采用在正文中首次出现的先后顺序连续排列于文后，正文中一律用阿拉伯数字(加方括号置右上角)表示。

来稿刊出后，稿酬为《新加坡中医杂志》两本。

来稿请注明《新加坡中医杂志》寄至：

新加坡中医师公会宣传出版组

640 Lorong 4 Toa Payoh,

Singapore 319522

或电邮至 assoc@singaporetcm.com